



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

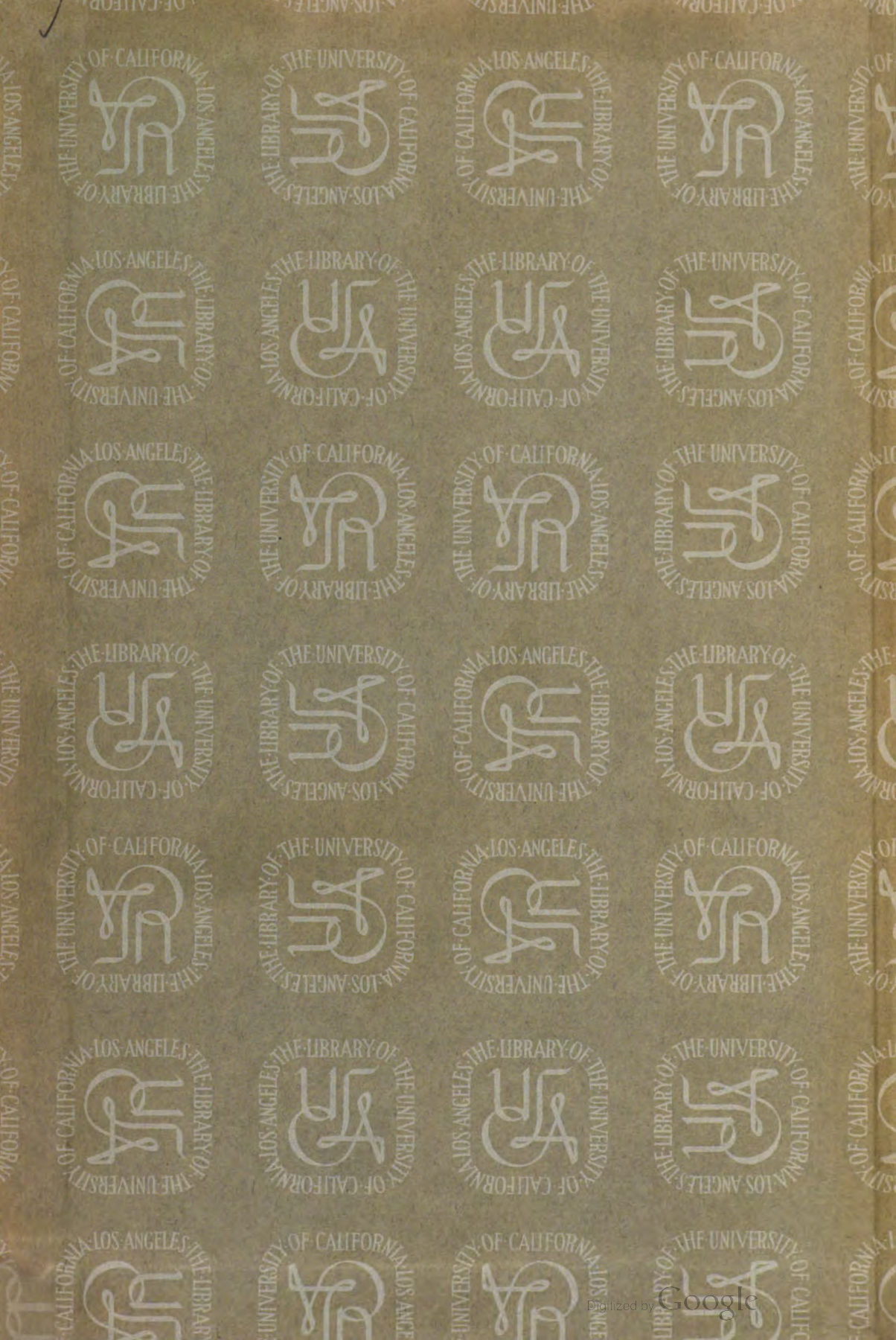
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.



**ABHANDLUNGEN AUS DER NEUROLOGIE
PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE UND IHREN
GRENZGEBIETEN**

BEIHEFTE ZUR MONATSSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE
HERAUSGEGEBEN VON K. BONHOEFFER

HEFT 60

**Die
organischen einschliesslich der
exogenen Reaktionstypen**

(Entwurf einer psychiatrischen Syndromenlehre
auf klinisch-biologischer Grundlage)

Von

Prof. Dr. H. Krisch

Oberarzt der psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Greifswald

*



BERLIN 1930
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 39

Preis Mk. 13.20

für Abonnenten der „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie“ Mk. 12.—

Von dem gleichen Verfasser ist erschienen:

Epilepsie und manisch-depressives Irresein

II und 108 S., gr. 8°. Mk. 3.—

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung — Die Gruppierung der Epilepsien — Erbbiologisches — Der interparoxismale Habitualzustand der Epileptiker — Die affektiven Äquivalente der Epileptiker — Kritische Darstellung der bisher in der Literatur zu dem Thema „Epilepsie und manisch-depressives Irresein“ beigebrachten Fälle — Die Beziehungen des manisch-depressiven Irreseins zu dem epileptischen Erbkreis unter differentialdiagnostischen Gesichtspunkten — Literatur

Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten

- Heft 1: Typhus u. Nervensystem. Von Prof. Dr. G. Stertz in Marburg. Mk. 6.—
Heft 2: Ueber die Bedeutung v. Erblichkeit u. Vorgeschichte für das klinische Bild der progressiven Paralyse. Von Dr. J. Pernet in Zürich. (Vergriffen.)
Heft 3: Kindersprache und Aphasie. Gedanken zur Aphasielehre auf Grund von Beobachtungen der kindlichen Sprachentwicklung und ihrer Anomalie. Von Priv.-Doz. Dr. Emil Fröschels in Wien. Mk. 7.80
Heft 4: Epilepsie und Dementia praecox. Von Prof. Dr. W. Vorkastner in Greifswald. (Vergriffen.)
Heft 5: Forensisch-psychiatrische Erfahrungen im Kriege. Von Priv.-Doz. Dr. W. Schmidt in Heidelberg. Mk. 8.—
Heft 6: Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptombilde und der Pathogenese von Psychosen. Von Priv.-Doz. Dr. Hans Seelert in Berlin. Mk. 5.40
Heft 7: Zur Klinik und Anatomie der reinen Worttaubheit, der Heilungsaphasie und der Tontaubheit. Von Prof. Dr. Otto Pötzl in Prag. Mit 2 Taf. Mk. 7.—
Heft 8: Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein. Von Prof. Dr. P. Schröder in Greifswald. (Vergriffen.)
Heft 9: Die symptomatischen Psychosen und ihre Differentialdiagnose. Von Priv.-Doz. Dr. Hans Krisch in Greifswald. (Vergriffen.)
Heft 10: Die Abderhaldensche Reaktion mit bes. Berücksichtigung ihrer Ergebnisse i. d. Psychiatrie. Von Priv.-Doz. Dr. G. Ewald in Erlangen. Mk. 9.—
Heft 11: Der extrapyramidale Symptomenkomplex (das dystonische Syndrom) und seine Bedeutung in der Neurologie. Von Prof. Dr. G. Stertz in Marburg. (Vergriffen.)
Heft 12: Der anethische Symptomenkomplex. Eine Studie zur Psychopathologie d. Handlung. Von Priv.-Doz. Dr. O. Albrecht in Wien. (Vergriffen.)

Fortsetzung auf der 3. Umschlag-Seite.

**ABHANDLUNGEN AUS DER NEUROLOGIE
PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE UND IHREN
GRENZGEBIETEN**

BEIHEFTE ZUR MONATSSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE

HERAUSGEGEBEN VON K. BONHOEFFER

HEFT 60

**Die
organischen einschliesslich der
exogenen Reaktionstypen**

(Entwurf einer psychiatrischen Syndromenlehre
auf klinisch-biologischer Grundlage)

Von

Prof. Dr. H. Krisch

Oberarzt der psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Greifswald

*



BERLIN 1930
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 39

Alle Rechte, besonders das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten

Buchdruckerei Ernst Kloppe, Quedlinburg a. H.

Marshall
Library
W1
AB737
no. 60-61

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Einleitung	1
I. Die Entwicklung der Lehre von den Symptomen- komplexen	4
II. Allgemeine Begriffe	11
1. Ursachen (Quantität, Qualität)	11
2. Symptom, Syndrom, Krankheitseinheit	16
3. Die konstitutionelle Disposition	18
4. Lokalisation	22
5. Endogen — exogen	24
6. Die Rolle der prämorbidn Persönlichkeit	26
7. Einfluß des Lebensalters	27
8. Einfluß des Geschlechts	28
III. Die organischen einschließlich der exogenen Reaktionstypen	29
a) Enzephalasthenisches (neurasthenisches) Syndrom	32
b) Die „organische Bewußtseinsänderung“	32
c) Das delirante Syndrom	38
d) Die psychomotorischen Symptome	38
e) Das halluzinatorische Syndrom	66
Die affektiven Symptome	76
Die paranoide Reaktion	101
Die organischen Persönlichkeitsänderungen	103
Die Demenzen	132
Früh erworbene oder angeborene Senkung des Intelligenzniveaus (Schwachsinnformen)	134
IV. Schädigung einzelner Funktionen	135
a) Ratlosigkeit	135
b) Ideenflucht, Inkohärenz, Verwirrtheit	137
c) Mangel an Initiative	138
d) Amnestisches Zustandsbild (Korsakow)	138
V. Theoretische Leitsätze	139
Literaturverzeichnis	143

Einleitung.

Eine Hauptaufgabe des biologisch eingestellten Psychiaters ist die Klarstellung der Symptome bei organischen Hirnschädigungen und die Erkennung ihrer meist sehr zahlreichen Entstehungsbedingungen. Nur so kann er schließlich auch seiner therapeutischen Aufgabe gerecht werden. Da das Gehirn kein autonomes Organ, sondern in die übrigen Organsysteme des Körpers eingeschaltet ist, erscheint es ihm selbstverständlich, daß er an seine Forschungsaufgabe in derselben Art und mit derselben Betrachtungsweise herantreten muß, wie sie in der gesamten Biologie üblich ist.

Genau so, wie nun dem Allgemeinbiologen der Begriff „Leben“ große Schwierigkeiten macht, so dem Psychiater der Begriff „Psyche“. Hier setzt bekanntlich der Kampf der Geister ein. Für die gemäßigten Somatiker ist, in zugespitzter Form dargestellt, das Psychische nur eine Reaktionsweise des Gehirns, die vorläufig noch nicht exakt naturwissenschaftlich faßbar ist, da sie dem Quantitätsgesetz anscheinend nicht unterliegt. Die Extremisten dagegen, wie z. B. Bechterew, gehen sogar so weit, das Psychische als eine Summe von Reflexen zu definieren — womit sie eine Unbekannte durch eine andere erklären wollen. Die Psychiker aber erklären das Psychische für autonom und für inkommensurabel mit anderen biologischen Vorgängen.

Daher glaube ich dem augenblicklichen Stande unseres Wissens am besten dadurch gerecht zu werden, daß ich den Standpunkt des „empirischen Dualismus“ in der Psychiatrie vertrete. Soweit es empirisch unter Berücksichtigung der psychologischen methodologisch-kritischen Einstellung etwa von Jaspers möglich ist, werde ich hier nur die psychischen Reaktionsweisen des Gehirns behandeln, bei denen wir derzeit eine organische Hirnschädigung mit größter Wahrscheinlichkeit annehmen können, physiologisch ausgedrückt: ich will die Frage vom Standpunkt der Klinik aus untersuchen: Welche psychischen Symptome sind den auf das Gehirn wirkenden organischen Reizen koordiniert? Aus dem Vorhergesagten ist

verständlich, warum ich den Reizen das Epitheton „organisch“ und den Symptomen das „psychisch“ hinzufüge.

Entsprechend dieser dualistischen Einstellung war auch mein methodologisches Vorgehen. Bei der theoretischen Untersuchung waren mir die Grenzen der physiologischen sowohl wie der psychologischen Methode klar bewußt. Nun kann der Psychiater aber nicht nur Theoretiker sein, er muß vielmehr auch den Ansprüchen der Praxis genügen. Aus diesem Grunde habe ich die Ergebnisse schließlich auf praktische Formeln gebracht, die einheitlich zusammenfassen, was methodologisch auf getrennten Wegen gefunden wurde.

Eine weitere Konsequenz meiner Grundeinstellung ist ferner, daß die Begriffe Ursache, Krankheitseinheit, Symptom im strengen Sinne nur im Bereich des Physischen angewandt werden dürfen, da sie aus der somatischen Medizin stammen, im Bereiche des Psychischen dagegen nur allegorisch.

Schließlich sei methodologisch noch vorausgeschickt, daß meine weiteren Erfahrungen auf dem Gebiete der exogenen Reaktionstypen und die Darstellungen anderer Autoren mich veranlaßten, erneut prinzipiell davon Abstand zu nehmen, diese psychischen Reaktionsweisen nach ätiologischen Untergruppen darzustellen, wie es bisher noch üblich ist: wenn man etwa von Psychosen bei Infektionen, Intoxikationen, Hirntrauma, Hirntumoren usw. spricht. Diese Art der Darstellung geht nämlich auf den Gedanken zurück, den besonders Kraepelin verfolgte, daß jede Ursache ein besonderes, spezifisches psychisches Bild liefere, daß also umgekehrt aus der Eigenart eines psychischen Symptoms eine ganz spezielle Ursache erkannt werden könnte. Die Bonhoeffersche Lehre von den exogenen Reaktionstypen hat diesen Glauben völlig erschüttert und gelehrt, daß die verschiedensten exogenen Bilder durch ein und dieselbe Ursache bedingt sein können und andererseits durch die verschiedensten Ursachen ein und derselbe Reaktionstyp hervorgerufen wird. Ich werde daher die ätiologischen Bedingungen nur statistisch und summarisch berücksichtigen.

Die wertvolle Kritik, die Specht und Kleist als erste an der Bonhoefferschen Lehre übten, haben mich auch veranlaßt, dieser Frage seit meiner ersten monographischen Darstellung besondere Aufmerksamkeit zu schenken und haben mich zu der Überzeugung geführt, daß die Lehre von den exogenen Reaktionstypen in der von Bonhoeffer gegebenen vorsichtigen Formulierung zwar auch heute noch zu Recht besteht, daß sie aber nur für schwerere

oder akutere Hirnschädigungen gilt, auf die chronisch, subakut und schleichend verlaufenden aber häufig nicht zutrifft. Besonders die Beobachtung epileptischer, choreatischer, manisch-depressiver und schizophrener psychotischer Bilder unter dem Gesichtswinkel der Lehre von den exogenen Reaktionstypen veranlaßten mich, der Notwendigkeit nachzugeben, die Lehre Bonhoeffers zu erweitern zu der Lehre von den „organischen Reaktionstypen des Gehirns“. In diesem Sinne habe ich daher meine erste Monographie — „Die symptomatischen Psychosen und ihre Differentialdiagnose“, S. Karger, Berlin (1919 abgeschlossen), — umgearbeitet. Einzelne Abschnitte und Krankengeschichten sind unverändert übernommen worden, da diese Monographie vergriffen ist.

I.

Die Entwicklung der Lehre von den Symptomenkomplexen.

Es ist verständlich, daß besonders die Psychiater, die eine neurologische Schulung hatten, stets bestrebt waren, das in der Neurologie angewandte Denken auch auf die Untersuchung der Psychosen zu übertragen. Ich nenne nur die Namen Griesinger, Meynert, Hitzig, Wernicke, A. Pick. Entsprechend dem medizinischen Zeitgeist wurde aber jeweilig auch die Neurologie betrieben, d. h. zunächst herrschte die anatomisch-topistische Arbeitsweise, die erst allmählich in neuerer Zeit durch die physiologische wie sie O. Foerster in der Neurologie vertritt, abgelöst wurde. In der Psychiatrie spiegelt sich infolgedessen derselbe Verlauf wieder. Wernicke stand noch auf der Grenze beider Betrachtungsweisen. Sein Schüler E. Forster dagegen machte den entscheidenden Schritt zur reinen physiologischen Auffassung der Psychosen. Wie noch im folgenden gezeigt werden wird, ist es nur so möglich, eine brauchbare Syndromenlehre zu schaffen. Ein Hemmnis für den Aufbau einer solchen war dagegen die Kraepelinsche Idee, aus den Nuancen eines Syndroms auf die jeweils verschiedene Ätiologie schließen zu können — in brutalisierter Form auf die Neurologie übertragen: als wenn man aus den Nuancen eines Babinski auf eine jeweils qualitativ verschiedene Schädigung der Pyramidenbahn schließen könnte. Deshalb bedeutete es einen großen Fortschritt, als Bonhoeffer seine Lehre von den exogenen Reaktionstypen aufstellte. Dazu kam ergänzend die scharfe Kritik, die Hoche 1912 an Kraepelins Systematik übte. Trotzdem dauerte es noch viele Jahre, bis Kraepelin sich Bonhoeffer und Hoche anpaßte. Immerhin gibt es auch heute noch viele Psychiater, — hauptsächlich unter den psychologisch eingestellten — die daran festhalten, daß es nur an unseren mangelhaften psychologischen Untersuchungsmethoden liege, wenn wir klinisch ein Typhusdelir von einem solchen bei einer Paralyse nicht unterscheiden könnten. Da es eine Unsumme von Ursachen gibt, wäre es also gar nicht

möglich, eine Lehre von den Symptomenkomplexen zu schaffen, wir würden vielmehr bei einer atomistischen Psychiatrie landen. Meiner Ansicht nach muß man vielmehr von Bonhoeffers und Hoches Lehren ausgehen und auf ihnen aufbauen.

In aller Kürze seien nun im folgenden die Versuche skizziert, die in neuerer Zeit gemacht wurden, um zu einer Syndromenlehre zu kommen.

Bonhoeffer fand bei exogener Hirnschädigung folgende Syndrome: Delir, Stupor, Halluzinose, epileptiforme Erregung, Amentiatypus (inkohärent, halluzinatorisch, psychomotorisch), amnestisches Syndrom. Ihnen stellte er gegenüber die „endogenen“ Syndrome, wie sie kurz zusammengefaßt bei den „endogenen“ Psychosen vorkommen. Gegen diese Trennung exogener und endogener Symptome wandte sich Specht, der auf das Überschneiden beider Reihen hinwies und die jeweils verschiedene Quantität der Noxe ursächlich dafür verantwortlich machte. Kleist dagegen fand bei den „postoperativen Psychosen“ nirgends richtige manische oder melancholische Zustandsbilder, und daß sich niemals bei dem einen Ursachenpaare (endogen — exogen) die heteronomen, bei dem anderen die homonomen Bilder finden.

Eine Nachprüfung dieser divergierenden Ansichten stellten Ewald und ich an (1919). Wir kamen beide zu der Ansicht, daß die Bonhoeffersche Lehre im wesentlichen zu Recht besteht und hoben die Bewußtseinstrübung als Grundsymptom der exogenen Reaktionstypen hervor. Heute würde ich allerdings den umfassenderen Ausdruck „organische Bewußtseinsänderung“ vorziehen. Ich hatte ferner unter Heranziehung der prämorbidem Persönlichkeit manche anscheinenden Regelwidrigkeiten bei den exogenen Reaktionstypen zu erklären versucht und auch so die Bonhoeffersche Ansicht erweiternd bestätigen können, daß pathologische Anlagen die typischen exogenen Bilder variieren können. Mit Ewald stimmte ich ferner darin überein, daß die Steigerung der Schädigung die sehr seltenen hypomanischen Bilder nicht zur flotten Manie fortentwickelte, sondern zu einem ausgesprochen exogenen Bild im Sinne Bonhoeffers. In diesem Zusammenhang sprach Kraepelin später von den verschiedenen Registern des Irreseins.

Weiterhin prüfte dann Kleist die Bonhoeffersche Lehre bei den Influenzapsychosen nach und fand eine Prädilektion depressiver Zustandsbilder. Kurz, sämtliche Nachprüfungen liefen im großen und ganzen auf eine Bestätigung Bonhoeffers in den wesentlichen Punkten hinaus.

Das von Bonhoeffer bereits 1911 angeschnittene Thema: Mischung endogener und exogener Faktoren bearbeitete Seelert monographisch (1919).

Da ich selbst seit 1919 diesem Thema stets besondere Aufmerksamkeit widmete und den Spechtschen Einwand in dieser Form zwar nicht als eine Widerlegung Bonhoeffers anerkennen konnte, er mir aber von vornherein als sehr ernst zu nehmend erschien, suchte ich nach einer anderen Psychosengruppe, die zur Kontrolle der Lehre von den exogenen Reaktionstypen geeignet wäre. Als solche boten sich mir die Epilepsien dar. Sprachen doch die groben organischen Symptome, wie der Krampfanfall, dafür, daß es sich hier um organische Hirnerkrankungen handele, und sprachen doch die zahlreichen psychischen Begleiterscheinungen im engen Zusammenhang mit den Krampfanfällen weiter dafür, daß auch sie organisch bedingt wären. Die schweren Dämmerzustände nun, insbesondere die mit psychomotorischen, halluzinatorischen, deliranten Episoden, und die Bewußtseinstörung bis zur Bewußtlosigkeit veranlaßten mich zu dem Schluß, daß wir hier dieselben exogenen Reaktionstypen wie bei den Intoxikations- usw. -psychosen vor uns hätten. Die leichteren unkomplizierten Dämmerzustände und insbesondere die „affektiven Äquivalente“ (Verstimmungen), wie ich sie nannte¹⁾, aber könnten nur im Sinne von Specht als Folgen quantitativ leichter Hirnschädigung verstanden werden. Im übrigen wies ich dann auch darauf hin, daß die Intensität und das Tempo der Schädigung, gemessen an den verschiedenen Stadien der Bewußtseinstörung, auch bei den exogenen Reaktionstypen von großer Bedeutung sei (1924). Als „exogene Reaktionsformel“ schlug ich damals vor: bei starker pathologischer Anlage (z. B. im Sinne der sogenannten endogenen Psychosen) und bei geringen oder subakut verlaufenden exogenen Schädigungen treten homonome Bilder auf, bei geringer oder fehlender erblicher Disposition (im eben gekennzeichneten Sinne) bei akut einsetzender oder stärkerer exogener Schädigung dagegen die typischen heteronomen. Ich unterstrich schließlich auch noch die kardinale diagnostische Bedeutung der heteronomen gegenüber der homonomen Reihe, und zwar ausgewertet auch für die Paralyse und Epilepsie (Demenz, Bewußtseinstörung, Korsakow = Grundsymptome).

¹⁾ „Epilepsie und Manisch-depressives Irresein“ S. Karger.

Im gleichen Jahre publizierte Stertz seine Einteilung der exogenen Reaktionstypen in obligate oder Grundsymptome und in fakultative oder akzessorische Symptome. Als Grundsymptom bezeichnete auch er die Benommenheit, die der Ausdruck einer Schädigung elementarer Hirnfunktionen — der Gattung Mensch eigentümlich — sei, ergänzend möchte ich noch hinzufügen: wahrscheinlich sogar den meisten Säugetieren. Die akzessorischen Symptomenkomplexe verdankten demgegenüber ihre Entstehung der Auslösung individueller konstitutioneller Dispositionen. Als solche führt er auf: epileptiforme Erregungen, manisch-depressive Zustandsbilder, halluzinoseartige, paranoide, katatonische, primär inkohärente Zustandsbilder. Sie seien weniger abhängig von der Schwere der somatischen Erkrankung, noch auch von deren Ablauf, indem sie nach Heilung des Grundleidens noch monatelang fort dauern könnten.

Ebenfalls in demselben Jahre hat sich Kleist in seinem Innsbrucker Referat mit den „gesetzmäßigen Symptomenverbindungen“ befaßt. Er teilte in erster Linie unter lokalisatorischen Gesichtspunkten ein und ging über den Kreis der exogenen Reaktionstypen hinaus. Wir haben hier den ersten systematischen derartigen Versuch vor uns, der allerdings z. Zt. noch weitgehend hypothetischer Natur ist. Seine Einteilung lautet:

1. Hirnmantelkomplexe:

Demenzen, amnestisches Zustandsbild, Bilder des Begriffs- und Sprachzerfalls, Halluzinose, phantastischer Symptomenkomplex.

2. Hirnstammkomplexe:

a) Bewußtseinsstörung: Dämmerzustand, Delir, Schlafsucht, Schlaflosigkeit.

b) Symptomenbilder des Ichbewußtseins: die triebhaften Verstimmungen, der hypochondrische Zustand, die expansiven und paranoischen Bilder und das der Depersonalisation.

c) die typischen Syndrome der Affektivität: der manische und melancholische Zustand und die ängstliche Erregung,

d) die typischen Syndrome der Psychomotilität und des Denkens, hyper- und akinetischer Zustand, Verwirrtheit und Stupor.

Die Hirnstammsyndrome seien von den Hirnmantelsymptomenkomplexen dadurch unterschieden, daß sie nicht nur in ihrem Zusammenhalt selbständig, sondern auch von den Ursachen, in Verlaufsweise, Dauer, Rückbildungsfähigkeit und Aufeinanderfolge weitgehend unabhängig seien.

Ich selbst gab dann (1925)¹⁾, ausgehend von den exogenen Reaktionstypen, folgende Einteilung im Sinne einer diagnostischen Wertung:

Primäre Symptome: Bewußtseinstörung, Demenzen, Korsakow (Defektzustände).

Sekundäre Symptome: die psychomotorischen und psychosensorischen.

Tertiäre Symptome: die intrapsychischen, d. h. diejenigen, die der intakt gebliebene psychische Anteil liefert.

Als andere Einteilungsmöglichkeit erörterte ich die auf eine Erregbarkeitssteigerung und die auf einen Defekt zurückgehenden Symptome. Im übrigen unterstrich ich erneut, daß für die Erkennung der Ätiologie ganz überwiegend die Defektsymptome von ausschlaggebender Bedeutung seien, und daß diese Regel für sämtliche organisch bedingten Psychosen einschließlich der Schizophrenien gelte. Ich postulierte auch, daß man die Lehre von den exogenen Reaktionstypen zu einer solchen von den organischen Reaktionstypen erweitern müsse, nur dann könnte man für alle Psychosen gültige Gesetzmäßigkeiten aussprechen, d. h. zu einer biologischen psychiatrischen Syndromenlehre kommen.

Im Jahre 1929 hat Seelert noch einmal, fußend auf bereits 1923 publizierten Anschauungen, zu den exogenen Reaktionstypen Stellung genommen. Seiner Meinung nach seien der amnestische, der delirante Zustand und die Minderung des Bewußtseins die Grundsymptome der exogenen Reaktionstypen. Die Grundlage des amnestischen Zustandes sei eine diffuse Gewebsvernichtung, die des deliranten seien toxische Vorgänge, die Minderung des Bewußtseins habe ihre Grundlage in der Lokalisation der Schädigung im Hirnstamm. Im ganzen genommen hat er also die Tendenz einer Einengung der exogenen Reaktionstypen. (Da es mir in dieser Darstellung auf möglichste Kürze ankommt, gehe ich auf eine Kritik nicht näher ein.) Seine Behauptung der generell toxischen Natur des deliranten Zustandes hat mich keineswegs überzeugt. Die Erläuterung seiner Anschauungen an der Hand folgender Beispiele zeigt, daß die Tatsachen sich nur gezwungen seiner Konstruktion unterordnen lassen: „im Dämmerzustand — sieht er — die Verbindung von Minderung des Bewußtseins mit den Symptomen des deliranten Zustandes, in Amentiabildern eine Verbindung von Sym-

¹⁾ „Der heutige Stand der Lehre von den exogenen Reaktionstypen usw.“ Monatsschrift.

ptomen des deliranten Zustandes mit leichter Ausprägung von Erscheinungen des amnestischen Zustandes plus evtl. einer Minderung des Bewußtseins.“ „In der Halluzinose sehe ich ein unvollständiges in der Entwicklung steckengebliebenes Delir.“

Damit wäre im wesentlichen die Weiterentwicklung der ursprünglichen Lehre Bonhoeffers von den exogenen Reaktionstypen skizziert. Sie wird stets den sichersten Ausgangspunkt für eine psychiatrische Syndromenlehre auf biologischer Basis abgeben.

In ebensolcher Kürze sei nun geschildert, was sonst noch für Versuche in dieser Hinsicht gemacht wurden und zu welchem Ergebnis sie führten.

Ich beginne mit Hoche, der im Jahre 1912 die Symptome der Paralyse in Achsen- und Randsymptome gruppierte. Die Demenz sei das Grundsymptom. Die übrigen „buntschillernden Ausfallserscheinungen“ seien dagegen mit dem anatomischen Prozeß inkommensurabel. Er wies auch bereits auf die präformierten Symptomverkuppelungen hin, auf die „Einheiten zweiter Ordnung“, und gab der Vermutung Ausdruck, daß man in Zukunft die Symptomenkomplexe gruppieren werde in solche, die präformiert und in solche, die regellos neugeschaffen seien¹⁾.

Im Anschluß an die auswertende Darstellung seiner Lehre durch Kehrer (1925) zitiere ich noch Hoches Syndrome: das hypochondrische, hysterische, neurasthenische, manische, melancholische, paranoische, katatonische und delirante Syndrom, ferner die akute chronische Wahnbildung, die halluzinatorische Verwirrtheit, Stimmungsanomalien, Stupor. Im übrigen hebe ich aus den Kehrer-schen kritischen Darlegungen noch folgende Einzelheiten heraus: Auch er weist darauf hin, daß man den Anlagefaktor dynamisch verstehen müsse und erörtert die Möglichkeit, daß das Auftreten der einzelnen Kraepelinschen „Register“ von der Intensität der Schädigung abhängig sei. Desgleichen gehe ich mit ihm durchaus konform, wenn er auf die „Exklusivität der Erbkreise“ hinweist und von Exklusivitäts- und Prädilektionskupplungen der Syndrome spricht.

Ich komme schließlich zu noch einem andersartigen Versuch, die Symptomengeflechte in ihren elementaren Einheiten zu erkennen und unter klinischem Wertungsgesichtspunkt zu gruppieren: ich meine die 1919 veröffentlichte „Strukturanalyse“ von Birnbaum, die dem Kraepelinschen System neues Leben gab. Birnbaum

¹⁾ Vgl. auch E. Forster.

unterschied zwischen Symptomen, die als Grundphänomene sich auf die eigentliche Krankheitsverursachung bezögen („pathogenetische“), und solchen, die für die Krankheitsausgestaltung in Betracht kämen („pathoplastische“). Unter den „allgemeinen Bereitschaften“ unterschied er „prädisponierende“ und „präformierende“ und schließlich noch „provozierende“, die den Ausbruchstermin bestimmten. Im Bereiche des klinischen Psychogeniebegriffes unterschied er ebenfalls: Psychogenese, Psychoplastik, Psychoprovokation. Für die exogenen (im weiten Sinne, Ref.) Psychosen kommt er zu dem Schluß, daß die geringe Psychoplastik ein für sie bezeichnendes Merkmal sei. Je tiefgreifender die Hirnschädigung sei, um so weniger pathoplastische Möglichkeiten seien gegeben. Zusammengefaßt ist zu sagen, daß Birnbaum das Verdienst hat, in der Psychiatrie der Nachkriegszeit in systematischer Weise die analytische Betrachtungsweise wieder zur allgemeinen Anerkennung gebracht zu haben, wie sie die Wernicke-Schüler stets vertraten. Im übrigen sieht er selbst die Schwierigkeiten der Frage im einzelnen Falle: pathoplastisch oder pathogenetisch? Diese Schwierigkeiten sind nicht nur in unseren unzureichenden Kenntnissen begründet, sondern meiner Ansicht nach auch in den logischen Schwierigkeiten jeder Wertbetrachtung als solcher.

II.

Allgemeine Begriffe.

1. Ursachen.

Wenn in einer Kette von biologischen Vorgängen, die uns in ihrem Ablauf erfahrungsgemäß bekannt ist, an einer Stelle eine Änderung auffällt, so veranlaßt das uns, deren Bedingungen nachzuforschen. Die zeitlich primäre Bedingung nennen wir dann werturteilend die „*Ursache*“. Der Fortschritt in unserer Erkenntnis führt sehr oft dazu, daß wir für unsere bisherigen „Ursachen“ weitere neue Ursachen finden — in einem Paradoxon ausgedrückt. Diese anscheinend so theoretische Überlegung ist gerade auch für das hier behandelte Gebiet von größter Bedeutung. Am besten kann man dies an dem Beispiele der Infektionskrankheiten erörtern: in der ersten bakteriologischen Ära begnügte man sich damit, den betreffenden Erreger als Ursache der Krankheitsprozesse anzusehen, bis die zunehmende Erkenntnis der Eigenarten des vom Erreger angegangenen Organs lehrte, daß die nach dem heutigen Stande unseres Wissens letzte Ursache häufig in der konstitutionellen Eigenart des betreffenden Organs zu suchen ist. Eine Tatsache, die zur Zeit ziemlich allgemeine Anerkennung findet.

Die Formel für unser Gebiet würde also lauten: Wenn es zu psychotischen Reaktionen des Gehirns kommt, hat eine Wechselwirkung zwischen dem betreffenden Reiz und dem Gehirn mit seiner generellen oder lokalen Eigenart stattgefunden. Je stärker der Reiz ist, eine um so geringere Rolle spielt dann die Eigenart des Organs, und je niedriger die Reizschwelle des Gehirns oder eines seiner Teile ist, um so weniger braucht der Reiz bewertet zu werden. Kurz: Reiz und Erfolgsorgan stehen in einem funktionalen Verhältnis zueinander.

Was zunächst den Reiz anbetrifft, so interessiert uns seine Quantität und Qualität.

Man spricht auch von der *Intensität* des Reizes. Dabei muß man mancherlei berücksichtigen. Einmal erkennen wir den Reiz

nur an der Reaktion des Erfolgsorganes. Bei der Kritik des Arndt-Schulz'schen biologischen Grundgesetzes hat Handowski mit Recht darauf hingewiesen, daß in dem Begriff „Reiz“ schon implizite das quantitative Moment enthalten ist. Minimal ist der Reiz, der gerade eine erkennbare Reaktion hervorruft. — Es ist also eine Tautologie, zu sagen: kleine Reize fachen die Lebenstätigkeit an und maximale lähmen sie. Das ist auch bei den organischen Reaktionstypen des Gehirns zu berücksichtigen.

Es bleibt demnach nur noch zu untersuchen übrig, was wir über die zwischen den beiden Extremen liegende Intensität des Reizes und seiner Wirkung aussagen können. Während nun bei den übrigen Körperorganen die Korrelation die Beurteilung der Intensität erschwert, — der anscheinend so starke Erfolg des Reizes kann ja auch durch Summation der Einzelerfolge verschiedener Organe entstanden sein — spielt dieselbe Rolle beim Gehirn die Korrelation seiner Einzelsysteme. Eine weitere Komplikation ist noch dadurch gegeben, daß wir nicht wissen, ob die einzelnen zerebralen Systeme wie der periphere Nerv etwa dem „Alles- oder Nichts-Gesetz“ unterliegen. Schließlich ist zu berücksichtigen, daß uns einfühlbare psychische Reaktionsweisen auf eine weniger intensive Schädigung hinzudeuten scheinen als nicht einfühlbare, bei denen wir stets an Ergebnisse eines Defektes zu denken uns gezwungen sehen.

Dazu kommt die prinzipielle Schwierigkeit des „Messens, Zählens, Wiegens“ im Bereiche des Psychischen, wie das Weber-Fechner'sche Gesetz der experimentellen Psychologie deutlich lehrt. Diese Zweifel bei der „harmonischen Reihe“ (homonom, Kleist) sind etwas geringer bei der „disharmonischen“ (heteronom, Kleist). Beispielsweise hat man den Eindruck, daß man innerhalb der Bewußtseinstrübung (zur Unterscheidung von solcher anderer Genese spricht man mit Ewald zweckmäßigerweise von „organischer Bewußtseinstrübung“) gut von verschiedenen Intensitätsgraden der Schädigung reden kann. Im übrigen bestehen aber auch hier die oben gekennzeichneten Schwierigkeiten. Entspricht die Benommenheit einer stärkeren Schädigung als der delirante Komplex — oder einer qualitativ anderen? — lokalisatorisch anderen?

Nur eine Variation des Themas „Intensität“ bedeutet der Begriff des „Tempos“ der Schädigung (akut, subakut, chronisch). Schon in der früheren Auflage hatte ich ihn verwandt. Sehr verständliche Einwände gegen meine Formel von der Wechselwirkung zwischen Reiz und Erfolgsorgan haben Ewald und Bostroem geäußert, deshalb will ich auch hier die Schwierigkeiten offen aufdecken. Zu-

nächst kommt man dabei auf den Parallelbegriff der übrigen klinischen Fächer, die zwischen „benignen“ und „malignen“ Prozessen unterscheiden. Ein Unterschied beruht darin, daß bei den benignen die reparativen Vorgänge eine viel bessere Wirksamkeit entfalten können, weil beispielsweise das Toxin nur in sukzessiven homöopathischen Dosen wirkt, bei der akuten massigen und momentanen Überschwemmung mit großen Dosen aber nicht. Bei dem Gehirn käme noch die Korrelation der einzelnen Zentren hinzu, denn eine solche akute Schädigung beispielsweise im Gefäßgebiet des strio-pallidären Systems muß sekundär sämtliche zerebralen Systeme in grob sichtbarer Weise stören, also ein kompliziertes symptomatologisches Bild liefern. In der Psychiatrie lehrt ferner die Erfahrung, daß die Bilder der harmonischen Reihe dann mehr oder minder verdeckt werden können, worauf ich noch bei der Erörterung des konstitutionellen Momentes zu sprechen komme. Ein ganz grobes Beispiel: im Koma ist nichts mehr von der individuellen Charakterstruktur erkennbar.

Wenn also ein einzelner Fall meiner Formel nicht zu entsprechen scheint, so ist dies aus den bisher erörterten Gründen nicht verwunderlich.

Kurz: der Begriff der Intensität des Reizes ist vom Standpunkte des heutigen psychiatrischen Klinikers ein sehr summarischer und bietet daher Angriffen eine große Fläche, trotzdem ist er zum mindesten heuristisch von sehr großem Werte.

Die bisherigen Beobachtungen unter obigen Gesichtspunkten auf die Kontroverse Bonhoeffer bzw. Specht-Kleist angewandt, führten mich zu der These, daß *die exogenen Reaktionstypen Bonhoeffers einer gröberen oder akuterer Intensität der Schädigung entsprechen.*

Noch schwieriger zu durchschauen ist das Problem: welche Rolle spielt die *Qualität der Reize*? Mit den Namen Bonhoeffer und Kraepelin kann man in der Psychiatrie die gegensätzlichen Anschauungen am kürzesten charakterisieren. Diagnostisch formuliert würde es sich um die prinzipiell wichtige Entscheidung handeln, ob man von einem bestimmten Symptom auf eine bestimmte Ursache schließen kann. Auch die Einschränkung, die manchmal gemacht wird, indem man von der spezifischen Nuancierung eines bestimmten Symptoms durch eine bestimmte Ursache redet, ändert nichts an dem Kern der Frage, denn diese Nuancierung geht auf Komplikationen mit anderen Symptomen zurück. Nun sprach

schon Wernicke davon, daß bestimmte Ursachen nur eine „Vorliebe“ für bestimmte Symptomenkomplexe hätten und auch Bonhoeffer redet nur von „Prädilektions“typen. Es erscheint mir daher zweckmäßig, diese klinischen Schwierigkeiten mit einer kurzen allgemein-biologischen Erörterung anzugehen.

Zuvor noch ein kleines Rechenexempel: es gibt nur ein Gehirn mit einer nur beschränkten Anzahl von Reaktionsweisen, dagegen eine Unzahl von Reizen — also kann nicht jeder Ursache nur ein Symptom entsprechen.

Besonders deutlich zeigt ja auch die Neurologie, daß man es beispielsweise einer Hemiplegie nicht ansehen kann, ob sie ein Tumor, ein Trauma oder ein Apoplex hervorgerufen hat, daß vielmehr das wichtigste symptomgestaltende Prinzip lokalisatorischer Natur ist¹⁾. Dasselbe gilt, wie ich an anderen Stellen ausführte, für den epileptischen Anfall.

Nun werden vielleicht die Giftversuche von Magnus eingewandt werden. Ich will daher seine Ergebnisse im einzelnen unter dem hier interessierenden Gesichtswinkel analysieren. In seiner „Zusammenfassung“ kommt er zu dem Ergebnis, daß jedes Gift aus der beschränkten Zahl von untersuchten „in eigenartiger Weise“ in das Getriebe (der Labyrinth- und Stellreflexe, Ref.) eingreift, und „am merkwürdigsten ist, daß innerhalb der gleichen Reflexgruppe die verschiedenen Teilfunktionen sehr verschieden empfindlich gegen das gleiche Gift sind“. Ferner hebt er hervor, daß die Reihenfolge, in der die einzelnen Individuen einer Reflexgruppe betroffen werden, verschieden und gesetzmäßig ist. Von den Einzelheiten ist schließlich für mich noch wichtig, daß der Alkohol elektiv die Halsstellreflexe angreife, (d. h., daß diese besonders empfindlich gegen ihn sind, Ref.) und daß einzelne Gifte bereits in Dosen die Labyrinthreflexe beeinflussen, welche sonst noch keine anderen Wirkungen hervorriefen, so daß „schwerlich eine andere funktionelle Gruppe (scil. von Reflexen, Ref.) gefunden werden kann, in welcher sich die Elektivität und Spezifität verschiedener Gifte so gut demonstrieren läßt wie in dieser.“

Von den einzelnen Giften erscheint mir der Alkohol speziell erörterenswert, da ihn Magnus ja als besonders gutes Beispiel zitiert. Nun fand er, daß durch ihn „die verschiedenen Reflexe in streng gleichmäßiger Reihenfolge gelähmt werden“. Als andere

¹⁾ In der Histopathologie des Gehirns ist dies Prinzip längst angewandt worden (Spielmeyer).

Ausdrucksweise für „Reihenfolge“ gebraucht er den Begriff „resistentere“ und weniger resistente Reflexe und trifft damit erst das Wesen dieser Erscheinungen. Die wahre Ursache dieser Giftwirkungen ist eben die Disposition des betreffenden Reflexindividuum. Fragt man sich nun mit der Einstellung des Klinikers: Kann man aus dem Ausfall der Halsreflexe allein darauf schließen, daß es sich um eine Alkoholwirkung handelt, so erhellet, daß das nicht möglich ist. Nur wenn man außerdem noch festgestellt hat, daß die übrigen Labyrinth- und Stellreflexe erhalten sind, kann man diesen Schluß ziehen. Genau wie in der Klinik läßt also erst eine Vielzahl von Symptomen den Reiz differenzieren. Zu demselben Ergebnis kommt man, wenn man sich die Bedeutung der zitierten „gesetzmäßigen Reihenfolge“ klarlegt. Dieses Ergebnis entspricht nämlich vergleichsweise dem, was der Kliniker Symptomenkomplex und Registerschaltung nennt. Wollte man weiter mit Vergleichen arbeiten, so würde die Steigerung der Reflexerregbarkeit in den Giftversuchen von Magnus etwa der harmonischen (homonomen) Reihe und die Aufhebung der reziproken Innervation der disharmonischen (heteronomen) entsprechen.

Als wichtigstes Gesamtergebnis der Versuche von Magnus springt die Regel heraus, daß die Spezifizität einer Reizwirkung nicht auf die Qualität des Reizes zurückgeht, sondern auf die dispositionelle Eigenart des betreffenden zerebralen Systems¹⁾ („Affinitätsregel“).

Zur weiteren Illustrierung muß schließlich die Bonnhoeffer'sche Lehre von den „exogenen R. T.“ herangezogen werden. Dasselbe lehren ja auch so spezialisierte nervöse Systeme wie die Sinnesorgane. Nur ein Beispiel: nicht nur Wellen von einer bestimmten Länge, sondern auch Druck oder Elektrizität rufen Lichtempfindung hervor. Auf die psychiatrische Klinik angewandt, muß man demnach gegen Kraepelin und mit Bonnhoeffer annehmen, daß kein einzelnes Symptom uns eindeutig den Schluß auf eine bestimmte Ätiologie erlaubt. Das ist deshalb von ganz besonderer Bedeutung, weil anderenfalls sich die Psychiatrie in eine unübersehbare Kasuistik individueller Fälle auflösen würde.

¹⁾ Zu dieser Auffassung paßt auch die Pathoklisenlehre O. Vogts.

2. *Symptom, Syndrom, Krankheitseinheit.*

Es erhebt sich weiter die Frage: wie erkennt man als Kliniker die Ursachen? Zu diesem Zwecke ist der Begriff „Symptom“ geschaffen worden. So nennen wir nämlich die Signale, die erfahrungsgemäß anzeigen, daß im Verlaufe eines uns bekannten biologischen Geschehens an einer Stelle eine Änderung eingetreten ist. Das Moment, das sich uns bei der Analyse der Bedingungen dieser Störung als das zeitlich genommen primäre herausstellt, ist dann die Ursache, die wir als Therapeuten angreifen wollen, um womöglich den status quo wieder herzustellen. Wie ausgeführt und wie es dem Psychiater besonders deutlich die exogenen R. T. demonstrieren, können wir aus einem Symptom nie auf eine bestimmte Ursache schließen. Zu allem Überfluß: aus der Leukopenie allein können wir noch keine Typhusdiagnose stellen. Praktisch genommen ist allerdings zuzugeben, daß manchmal diese Regel eine — aber nur scheinbare — Ausnahme erleidet, z. B. bei den Pupillenstörungen vor der Enzephalitis-Ära.

In psychiatrisch-klinischer Darstellung würden wir damit zu dem Ergebnis kommen, daß beispielsweise die manische Affektstörung allein uns keinen Schluß auf die Ätiologie gestattet.

Es müssen also andere Hilfsmittel herangezogen werden. Diese findet man, wenn man sich überlegt, daß für uns als Kliniker die bisher erörterte Aufgabe doch nur einen speziellen Fall des allgemeinen Prinzips der Logik darstellt, ein einzelnes zu charakterisieren. Ein populäres Beispiel: wenn ich aus einer großen Menschenmenge einen Einzelnen herausfinden soll, so müssen mir möglichst viele, ihn charakterisierende Einzelheiten gegeben werden.

Nach diesem Prinzip kam der Kliniker einen guten Schritt weiter, als er den Begriff des Symptomenkomplexes schuf. Aus einer größeren Anzahl von Symptomen — im losen Zusammenhang Symptomenkomplex, im gesetzmäßigen Syndrom genannt — kann man schon eher auf eine bestimmte Ätiologie schließen.

Aber auch dies genügt sehr oft nicht. Man war also gezwungen, noch mehr charakterisierende Bedingungen — z. B. Verlauf, anatomischen Befund usw. — zu kennzeichnen. Das führte zu dem fiktiven Begriff: Krankheitseinheit, der stets den Zweck hat, die Ursache zu finden. Die Lückenhaftigkeit unseres Wissens hat aber zur Folge, daß manche der Bedingungen vorläufig noch rein hypothetischer Natur sind. Trotzdem braucht der Kliniker jenen Sammelbegriff. Das Kraepelinsche Ziel, Krankheitseinheiten zu

schaffen, ist somit völlig berechtigt. Ebenso selbstverständlich ist aber, daß dieses Ziel nur durch genaueste Erforschung der Prämissen des Urteils Krankheitseinheit erreicht werden kann. Dabei wird uns Wernicke ein Vorbild sein müssen.

Aus dem Erörterten geht auch hervor, daß es nur im Bereiche der exogenen bzw. organischen Psychosen einen Sinn hat, von Krankheitseinheiten zu reden, und daß die exogenen Reaktionstypen oft nur zu in die interne Medizin fallenden Krankheitseinheiten gehören — z. B. Typhusdelir — und schließlich, daß es viel mehr davon geben muß, als sie das Kraepelinsche System kannte, da es ja eine große Zahl von Ursachen gibt.

Da diese Frage von Birnbaum im Bumkeschen Handbuch¹⁾ in einer meiner Ansicht nach unzutreffenden Weise dargestellt ist, seine Formel aber wohl immer noch der Ansicht der Mehrzahl der Fachgenossen entsprechen wird, sehe ich mich zu einer kurzen Kritik veranlaßt. Birnbaum definiert: „In den Psychosen (genauer psychiatrischen Krankheitseinheiten, Ref.) sehen wir reale Gegebenheiten naturwissenschaftlich-empirischer Art, und zwar verstehen wir unter ihnen gewisse nach Art und Folge regelmäßig wiederkehrende und daher auf innere Zusammenhänge und Zusammengehörigkeiten hinweisende geschlossene Reihen klinischer Erscheinungen (d. h. Syndrome, Ref.), die durch ihre regelmäßige Zuordnung zu gewissen (mehr oder weniger sicher nachweisbaren) besonderen Agentien sich auch als einheitlich verursacht darstellen.“

Zunächst ist der Ausdruck „reale Gegebenheit“ unzutreffend, wie schon früher erwähnt. Mit demselben Recht könnte man behaupten, daß die Diagnose „Säugetier“ eine reale Gegebenheit sei, während dieses Urteil doch nur das Resultat eines Einteilungsprinzipes ist, eines Schemas, das wir aus Zweckmäßigkeitsgründen werturteilend in die fließenden Übergänge der Natur hineinsehen, um uns in der Erscheinungen Flucht zurechtzufinden. Gefühlshintergründe sind es, die unserer Definition: die Krankheitseinheit ist eine Fiktion, immer wieder hemmend in den Weg treten, weil man nämlich dieser Definition in kurzschlüssiger Weise minderbewußt den Schluß anhängt, als wenn nun damit das Streben nach Krankheitseinheiten „die Jagd nach einem Phantom“ (Hoche) wäre. Wie oben auseinandergesetzt²⁾, ist das irrig, im Gegenteil,

¹⁾ „Der Aufbau der Psychose“.

²⁾ Vgl. auch meine frühere Darstellung: „Die zerebralen Reaktionsweisen“.

praktische Bedürfnisse zwingen uns dazu, mit dieser Fiktion zu arbeiten. Viele uferlose Debatten würden in der Psychiatrie vermieden, wenn man sich über den Sinn der Definition „Krankheitseinheit“ klar wäre und vor der Debatte definieren würde, was man mit der Aufstellung einer „neuen“ Krankheit bezweckt. Letzten Endes hat die Aufstellung einer neuen Krankheit nur dann Sinn, wenn man eine neue Ätiologie (Ursache) gefunden zu haben glaubt, aus den psychopathologischen Symptomen allein aber kann man das nie erschließen.

Auch der Ausdruck in der Birnbaum'schen Definition „regelmäßige Zuordnung“ bedarf der Interpretation, er kann nämlich nur verstanden werden im Sinne einer „statistischen“ Häufigkeit. Zwei Beispiele sollen das Gesagte praktisch illustrieren: das delirante Syndrom kann zur Krankheitseinheit: Alkoholvergiftung oder Typhus oder Hirntumor usw. gehören, der manische Zustand z. B. zu den Krankheitseinheiten Paralyse, manisch-depressives Irresein (vermutete Ätiologie „X“) oder Dementia praecox (vermutete Ätiologie „Y“). Schließlich: die erbliche Epilepsie ist genau so gut eine Krankheitseinheit, wie die Tumorepilepsie. Die Epilepsiegruppe beispielsweise setzt sich aus einer großen Zahl von Krankheitseinheiten zusammen, die nun wiederum unter dem Oberbegriff Krampfkrankheiten zusammengefaßt werden können.

3. Die konstitutionelle Disposition.

Wie sich aus dem über die Bedeutung der Ursachen Gesagten zwangsläufig ergibt, ist für den Ausfall einer biologischen Reaktion die Art des Resonators von ausschlaggebender Bedeutung. Messen wir doch an ihm den Reiz, dessen Intensität und Qualität ja nur das Spiegelbild der idiotypischen Nuanciertheit des Reizobjektes ist. Er ist gewissermaßen der auf eine bestimmte Wellenlänge abgestimmte Empfänger und er ist dies im Zentralnervensystem in besonders fein nuancierter Weise, wie es die Stellreflexe in den Giftversuchen von Magnus besonders eindringlich demonstrieren.

Diese Nuanciertheit kann kongenital oder im späteren Leben erworben oder aber erblich bedingt sein.

Zunächst soll die konditionelle Disposition (Tandler) erörtert werden: Seit Martius wird ja die sogenannte „Teilkonstitution“ der Organe besonders berücksichtigt. So kennen wir vom Gehirn die mannigfaltigsten Anlageverschiedenheiten (z. B. Vorkommen mehrkerniger Ganglienzellen, Heterotopien, Cajalsche Fötalzellen im Molekularsaum der Großhirnrinde Erwachsener usw.).

Auch im frühen Kindesalter überstandene traumatische oder infektiöse Hirnschädigungen werden oft eine wichtige prädisponierende Rolle spielen.

Dazu kommt, daß das Gehirn kein autonomes Organ ist, daß also früher erworbene Schädigungen anderer Organe, z. B. der Nieren, eine maßgebende ursächliche Rolle spielen. Im übrigen kommen hier — indirekt wirkend — alle die dispositionellen Momente in Betracht, die auch die interne Medizin berücksichtigt: Fettleibigkeit, uratische Diathese, Gefäßenge usw. Die Bedeutung des Habitus (vgl. Bauer in der Inneren Medizin und Kretschmer in der Psychiatrie) erscheint mir dagegen empirisch nicht faßbar zu sein, da er eine viel zu komplexe Größe darstellt, weshalb auch Bauer auf das „Bandmaß“ verzichtet. Es ist in der Psychiatrie viel zu wenig bekannt, daß die Lehre von dem asthenischen Habitus in der Inneren Medizin diagnostisch nicht brauchbar ist. Man lese darüber, was F. von Müller auf Grund seiner Nachprüfungen sagt und wie kompliziert das Problem ist. Sein Resultat ist, kurz zusammengefaßt, daß die behauptete Korrelation zwischen asthenischen Habitus und Tuberkulose der Empirie nicht standhält — und dabei ist die Tuberkulose eine erheblich exakter faßbare Größe als unsere psychotischen Bilder! Meiner Ansicht nach kann man nur mit der Erforschung einzelner Körpersysteme und deren dispositioneller Eigenart arbeiten, deren Spiegelbild dann einfach das ist, was wir Krankheit nennen. Beispielsweise scheint es mir aussichtsvoll, die Typen vegetativ Stigmatisierter herauszuarbeiten, die man u. a. durch ihre Empfindlichkeit gegenüber bestimmten Giften charakterisieren kann (vgl. Zuckers Arbeit aus unserer Klinik), wobei berücksichtigt werden muß, daß auch bei einzelnen Körpersystemen, wie hier, die Dinge viel komplizierter liegen, als man ursprünglich annahm (Eppinger und Heß).

Dasselbe gilt für die Hormone, die heute in der Psychiatrie allzu leicht den Decknamen für unbekannte Ätiologien abgeben müssen. Ob die Typenlehre von Jaensch — B- und T-Typen — der Kritik standhalten wird — wie S. Fischer bestreitet —, muß ich mangels eigener Erfahrung offen lassen. Ferner möchte ich darauf hinweisen, daß hinter der Lehre von der inneren Sekretion große physikalisch-chemische Probleme stehen, wie der heutige Stand des Tetanieproblems eindringlich lehrt.

Auf psychiatrischem Gebiete ist daran festzuhalten, daß auch die Hormone die Lehre von den exogenen R. T. bestätigt haben. Harmonische Bilder sind bei ihnen keineswegs

klarer oder häufiger zu erkennen, als bei anderen Noxen, wie Ewald und Kleist anzunehmen geneigt sind, wenn sie in a priori einleuchtender Weise postulieren, daß es „hirnfremde“ und „hirnverwandte“ Toxine gäbe. Auch der Begriff „adäquate“ und „inadäquate“ Reize ist mißlich, da empirisch auf diesem Gebiete nicht faßbar.

Neue Erkenntnisse wird vielleicht die Erforschung der Blut-Liquorschranke nach Walter bringen.

Auch Hirnschwellungsvorgänge im Sinne Reichardts sind sicherlich von größerer Bedeutung, als es zunächst noch scheint.

Summarisch sei noch auf die ätiologische Bedeutung der bakteriellen Toxine und auch in diesem Zusammenhange erneut auf die Giftversuche von Magnus und die hier herrschenden komplizierten Zusammenhänge hingewiesen.

Kleist hat früher schon anaphylaktische Momente herangezogen.

Die Bedeutung der Vitamine illustriert beispielsweise der Skorbut und die Pellagra.

Die Idiosynkrasien und auch die Störungen im Ionengleichgewicht gehören zu den Bedingungen, zum Beispiel im Hunger und bei Morphinumvergiftung, kurz — man kann sich die somatischen ätiologischen Grundlagen nicht kompliziert genug vorstellen. Der Psychiater ist hier völlig von dem Stande der allgemeinen serologischen, chemischen, pharmakologischen usw. Kenntnisse bzw. Methoden abhängig.

Die von Psychiatern bei den symptomatischen Psychosen viel diskutierten Fragen nach der Bedeutung der Wasserentziehung und des Fiebers sind früher dagegen überschätzt worden. Die Rolle der Erschöpfung ist ebenfalls entschieden zu hoch angesetzt worden, haben doch der Krieg und die Hungerjahre gelehrt, daß keineswegs eine nennenswerte Zunahme psychotischer Störungen statthatte. Jegliche Bedeutung aber möchte ich diesem Momente gerade bei den infektiösen und toxischen Psychosen nicht absprechen. Bekannt sind doch die deliranten Zustände Verhungernder und die stärkere Wirksamkeit von Nikotin und Alkohol in Phasen körperlicher Erschöpfung. Die Widerstandsfähigkeit des Körpers schwankt ja dauernd. Angeführt sei noch in diesem Zusammenhange, daß man die Immunität der weißen Ratten gegen Milzbrand durch Laufen in der Tretmühle oder durch Abkühlung hat aufheben können.

Zu den bisher gekennzeichneten konditionellen Momenten kommen nun noch die erblichen hinzu. Denn von der idio-

typischen Nuanciertheit jedes Hirnsystems hängt die Ansprechbarkeit gegenüber den einzelnen Reizen ab, deren feine Nuanciertheit wiederum die schon mehrfach zitierten Giftversuche von Magnus dartun, und zwar kann sie art- und individualspezifisch determiniert sein. Diese Unterscheidung hebe ich besonders hervor, weil sie vor der Einseitigkeit schützt, die Rolle der erblichen Disposition zu überschätzen, die ja nur eine unter vielen anderen Bedingungen ist. Besonders zu bekämpfen ist daher die vielfach gehörte Anschauung: entweder erblich — oder nicht. Die Fragestellung muß lauten: inwieweit erblich. Beispielsweise gehört zum manisch-depressiven Irresein eine individual-spezifische, affektive erbliche Disposition, aber es muß noch ein Reiz hinzukommen, der die einzelne Phase manifest werden läßt („Realisierungsfaktor“). Die „gewöhnlichen Lebensreize“, wie man manchmal hört, können nicht allein zur Erklärung herangezogen werden, da sie ja auch in den intervallären Zeiten wirksam sind.

Ferner ist es nötig, die biologischen Reaktionen des Gehirns unter dynamischem Gesichtswinkel zu betrachten: ist die idiotypische Determination sehr stark, so werden die äußeren Realisierungsfaktoren nur eine relativ geringe Bedeutung haben. Sind aber die Reize maximal, z. B. schwere traumatische Hirnschädigungen, so spielt die erbliche Disposition praktisch keine Rolle mehr. Gerade die exogenen R. T. demonstrieren dies sehr deutlich. Die artspezifische Disposition ist bei ihnen selbstverständlich, besagt sie doch nichts anderes, als daß man vom Gehirn eben nur Gehirnfunktionen erwarten kann und daß die relativ große Mannigfaltigkeit der exogenen R. T. eine spezifisch menschliche Eigentümlichkeit ist.

Hierher gehört auch die Tatsache, daß zur Seekrankheit im Prinzip jeder Mensch disponiert ist — also eine artspezifische Disposition —, daß zum Ausbruch derselben konstellative Momente im Körperhaushalt, Erschöpfung bzw. Überanstrengung auch bei wenig disponierten Individuen führen können oder aber, daß bei ihnen der Reiz besonders stark sein muß.

Ganz ähnlich stelle ich mir die Disposition zu den exogenen R. T. vor, dagegen habe ich nicht den Eindruck, daß es sich hier um eine individualspezifische erbliche Disposition handelt, zum mindesten ist der Beweis noch nicht geliefert. Die Wiederholung einer „symptomatischen“ Psychose ist ja keineswegs ein Gegenbeweis, spricht vielmehr nur für eine konstellative Disposition, auch nicht

das öftere Vorkommen in einer Familie, da ja z. B. Infektionskrankheiten sehr häufig sind.

Wendet man die Ergebnisse der internistischen Dispositionsforschung per analogiam auf unser Gebiet an, so ergeben sich folgende Möglichkeiten:

Zunächst indirekt wirkende erbliche Dispositionen, d. h. in einem extrazerebralen Organsystem besteht eine erblich bedingte Schwäche, die die Infektionsmöglichkeit erhöht. Damit steigt dann auch die Wahrscheinlichkeit, daß es zu einer exogenen Psychose kommt.

Dann: direkt Einfluß ausübende erbliche Dispositionen zerebraler Systeme selbst. Dabei würde man noch die erblichen Bedingungen jedes einzelnen Symptoms untersuchen müssen, da ja die Erbbiologie lehrt, daß man dabei nie die Determiniertheit komplexer Größen untersuchen darf. Auf die übrige Klinik übertragen würde das heißen, daß es unmöglich erscheint, die Erblichkeit ganzer klinischer Krankheitseinheiten zu untersuchen, die ja nur praktischen Gesichtspunkten ihre Existenz verdanken, also fiktiver Natur sind.

Schließlich wäre die Koppelung von Dispositionen zu beachten: Beispielsweise einer erblichen manisch-depressiven und einer migränösen oder paratypischen traumatischen. Nebenbei legen uns klinische Beobachtungen die Frage nahe, ob nicht auch „unspezifische“ Noxen, d. h. eine Infektionskrankheit, einmal zur Realisierung einer manisch-depressiven Phase beitragen können. Ich komme darauf im speziellen Teil noch zurück.

Sucht man nun nach den Antworten, die die Klinik auf alle diese Fragen gibt, so wird man wenig befriedigt. Das einzige, was man sicher weiß, ist, daß die exogenen R. T. relativ keineswegs häufig sind. Bei einer großen Zahl von Grippefällen ergab die Untersuchung nur selten psychische Symptome. Ferner steht fest, daß Kinder und Frauen besonders disponiert sind. In meinem Material fand ich das Verhältnis von Männern zu Frauen wie 1 : 3, wobei die von den weiblichen Genitalien ausgehenden Infektionen nicht mitgezählt wurden. Es handelt sich hierbei demnach um eine genusspezifische Disposition.

4. Lokalisation.

Die prinzipielle Schwierigkeit der Psychiatrie, Psychisches zu lokalisieren, macht sich selbst bei den organischen Psychosen deutlich bemerkbar. Bisher kann man nur mit physiologischen Methoden Faßbares lokalisieren — und noch dazu mit der Einschränkung, die

die morphologische Lokalisation einer Funktion überhaupt nötig macht, worauf ich hier nicht näher eingehe. Nun sind z. B. die motorischen Erscheinungen bei den organischen Psychosen überwiegend nicht neurologisch definierbarer Natur. Krampferscheinungen, choreatische Hyperkinesen sind, wenn man das ganze Gebiet der organischen R. T. ins Auge faßt, in der Minderzahl; über die übrigen rein neurologischen Symptome wie Perseverationen, amnestisch - aphasische Störungen, Raumorientierungsstörungen, vestibuläre Züge usw. braucht hier nicht debattiert zu werden.

Die Schwierigkeiten beginnen erst bei den Hyperkinesen mit noch komplizierteren motorischen Erscheinungen: So sieht man bei schweren exogenen Psychosen vielerlei rhythmische motorische Reaktionen wie: Kopfschütteln, rhythmisches anfallartiges Schulter-schütteln, Schmatzbewegungen, Rotationsbewegungen, Tremor, ruckweises Erheben von Gliedern usw., die durchaus an gleiche Erscheinungen bei den sog. extrapyramidalen Erkrankungen erinnern können. Kurz, wir finden hier so viele Hinweise auf die neurologisch faßbare Natur mancher Hyperkinesen, daß wir wenigstens summarisch den Hirnstamm lokalisatorisch hierfür in Betracht ziehen können. Dabei sei allerdings hervorgehoben, daß, wie mir tierexperimentelle Bulbokapninversuche¹⁾ erneut gezeigt haben, bei diesen Symptomen die Zusammenarbeit zwischen Strio-pallidum und Rinde gestört sein muß.

Ganz ähnlich wird man noch das motorische Bild des „Delirium acutum“ erklären können.

Die Schwierigkeiten beginnen erst in vollem Maße bei den psychomotorischen Symptomen, die schlankweg neurologisch aufzufassen zum mindesten zur Zeit nicht möglich ist, nur Teilerscheinungen sind bei ihnen so faßbar. Bei der Erörterung der einzelnen Symptome komme ich darauf noch zurück.

Gar nicht lokalisierbar sind die Ausdrucksbewegungen. Einen ersten heuristischen Versuch, sämtliche exogenen Syndrome zu lokalisieren, hat Kleist gemacht, den ich in einem früheren Abschnitt referiert habe.

Am verlockendsten erschien es bislang stets, die halluzinatorischen Erlebnisse zu lokalisieren. Wie Schröder überzeugend nachgewiesen hat, ist das in der meist zu gradlinig angewandten Weise unmöglich.

¹⁾ Z. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 122. H. Krisch und E. A. Spiegel.

Dagegen wird im einzelnen Falle berücksichtigt werden müssen, daß die Erregung der Sinnesorgane (z. B. Photopsie — der Ausdruck elementare Halluzinationen ist völlig irreführend —) psychologisch verarbeitet wird, ganz ähnlich wie Sinnesreize im Traum, daß also immerhin einzelne sensorische Komponenten der physiologischen Untersuchung zugänglich sind (vgl. Stein, Zador).

Affektives lokalisieren zu wollen, ist zur Zeit höchst hypothetisch. Wie das Zwangsweinen lehrt, begeht man hier leicht den Fehlschluß, rein motorische Reaktionen falsch psychologisch zu interpretieren.

Mit einem Wort: lokalisieren kann man nur, wenn und soweit man mit der physiologischen Methode eine pathologische Erscheinung angehen kann.

5. *Endogen — exogen.*

Die Schwierigkeit der oft erörterten Begriffe *exogen* — *endogen* liegt nicht in den Begriffen selbst, sondern in der Kompliziertheit der biologischen Vorgänge, die gewöhnlich aus einer Mischung endogener und exogener Faktoren resultieren. Im Kern gesehen, heißt „endogen“ dasselbe wie „erblich bedingt“. Präziser würde man daher „endogen“ durch „idiotypisch“ ersetzen und „exogen“ durch „paratypisch“ oder „konstellativ“. Die Schwierigkeit rührt auch daher, daß der Psychiater aus praktischen Gründen alles körperliche Geschehen vom Gehirn als Zentrum ausgehend ansieht, der Internist beispielsweise aber nicht. Daher wird in der internen Medizin eine Störung, die durch endokrine Hormone verursacht wird, als endogen bezeichnet und ihr nur die von außen auf den Körper einwirkenden Faktoren als exogene gegenübergestellt. Dieser Mißklang zwischen den Auffassungen beider Disziplinen ist überdies historisch bedingt; also schwer zu beseitigen. Es bleibt demnach nur übrig, entweder sich stets diese doppelte Bedeutung des Wortes „endogen“ gegenwärtig zu halten, oder aber diese Ausdrücke ganz zu meiden und durch der Erbbiologie entlehnte zu ersetzen.

Kleist hat dieser Schwierigkeit dadurch begegnen wollen, daß er „hirnverwandte“ und „hirnfremde“ Toxine unterschied. Er dachte sich die Dinge so liegend, daß chemische Stoffe, die zur Unterhaltung des Hirnbetriebes dauernd nötig sind, nur dann Störungen machen, wenn sie quantitativ stärker als normal wirken und daß gerade diese dann die „homonomen“ Symptomenkomplexe provo-

zieren. Dasselbe würde man mit dem Begriff „adäquate“ Reize charakterisieren. Diese bei erster Betrachtung bestechende Hypothese bietet viele Angriffsflächen, kennen wir diese Reize doch nur zum geringsten Teil, und auch die hormonalen Reize, die ja den Ausgangspunkt für diese neu geprägten Begriffe abgeben, wollen sich dieser Auffassung nur schwer einfügen. Ein Hypothyreoidismus führt z. B. zu einer Verlangsamung nicht nur der Stoffwechselvorgänge, sondern auch des psychischen Lebens. Selbst wenn nun eine solche Störung zu einem stuporähnlichen Zustande führte, würde man dies noch als homonomes Bild deuten können. Im kindlichen Alter dagegen würde eine länger dauernde Störung dieser Art eine Hemmung der psychischen Entwicklung hervorrufen, also einen dauernden Defekt. Immerhin könnte man hier sagen, daß bislang keine heteronomen Bilder beim Hypothyreoidismus zur Beobachtung gekommen sind. Anders aber beim Hyperthyreoidismus. Ausgeprägtere harmonische Symptomenkomplexe sind hier erfahrungsgemäß selten, so daß man sich gezwungen sieht, eine spezielle affektive Disposition anzunehmen, falls sie doch einmal auftreten. Außerdem führt eine weitere Steigerung der Intoxikation zu heteronomen Symptomen. Dasselbe gilt für die Hypophyse, die keineswegs spezifische psychische Züge liefert, wie immer wieder behauptet wird. Es ist unserer Erfahrung nach unmöglich, rein auf Grund des psychischen Bildes einen Hypophysentumor von einem andersartigen Hirntumor zu unterscheiden. Selbst wenn man die Möglichkeit zugesteht, daß dem Psychiater die behaupteten homonomen Bilder endokriner Genese nicht so geläufig sein könnten, weil die Kranken meist in internistischer Behandlung bleiben, muß man dem doch entgegenhalten, daß alle groben psychischen Fälle sicherlich dem Psychiater zugesandt worden wären, daß solche aber erfahrungsgemäß in den psychiatrischen Kliniken zu den größten Seltenheiten gehören.

Andererseits muß darauf hingewiesen werden, daß mit den bisherigen Methoden erkennbare endokrine Störungen gerade auch bei den Psychosen des manisch-depressiven Formenkreises wiederum Raritäten sind. Als Resultat dieser Kritik ergibt sich demnach, daß auch der Begriff der adäquaten bzw. hirnverwandten Toxine in unlösbare Schwierigkeiten führt.

Auch sei noch angeführt, daß es sich auf diesem Gebiete öfters auch um eine Koppelung zweier Anlagen, z. B. einer endokrinen und einer manisch-depressiven handelt und daß das Überwiegen der einen oder der andern von ihrer speziellen Dynamik abhängt. Zum

Schlusse soll noch unterschieden werden, daß es nicht etwa möglich ist, die harmonische Reihe der Symptome für endogen und die disharmonische für exogen zu erklären, denn auch das manisch-depressive Irresein geht zwar auf eine endogene, d. h. erbliche Disposition zurück (ob rein zerebraler oder sonstwie somatischer Natur, ist völlig unbekannt), die einzelne Phase aber kann nur als durch einen exogenen (paratypischen) Reiz realisiert verstanden werden.

6. Die Rolle der prämorbidem Persönlichkeit.

Erlebt man bei gut bekannten Persönlichkeiten eine symptomatische Psychose, so sieht man besonders eindringlich, wie sich starke individuelle Persönlichkeitsmerkmale — um mit Birnbaum zu reden — pathoplastisch bemerkbar machen. Allerdings nur so lange, als die Bewußtseinsstörung nicht zu stark ist. Prämorbid charakterologische nicht nur, sondern auch reine affektive Nuancierungen der Persönlichkeit werden vergrößert sichtbar, zumeist weil die Hemmungen fortfallen. Sehr viele Menschen tragen ja eine Maske (Überkompensation Adler), daher das Sprichwort z. B. „in vino veritas“. Auf diese Weise kommt es dann etwa zu den so seltenen ausgeprägteren manischen Färbungen der exogenen Bilder. Dasselbe lehrt der Alkoholrausch. Auch hier reagiert jeder nach seiner individuellen Formel, der eine wird nur schläfrig, der andere erregt, noch andere reagieren leicht manisch oder depressiv („Katzenjammer“) oder werden gereizt usw. Im Grunde genommen sehen wir auch hier wie bei anderen organischen Schädlichkeiten — z. B. der Arteriosklerose oder der Paralyse —, daß es sich um leichteste Defektsymptome handelt, die durch Beseitigung der Hemmungen und insbesondere durch Lähmung der Kritik entstanden sind. Die kompliziertesten geistigen Vorgänge (und körperlichen bzw. neurologischen) werden dabei zuerst geschädigt. Anders ausgedrückt: die Persönlichkeit reagiert triebhafter und die Denkvorgänge wickeln sich bei stärkerer Schädigung ganz ähnlich wie in einem Traum bei großer Schlaf-tiefe ab.

Der Vollständigkeit halber nur sei angeführt, daß eine spezielle konstitutionelle Disposition etwa manisch depressiver Art sich natürlich unter diesen Bedingungen besonders grob auswirkt. Hierher gehört dann auch, daß prämorbid Erlebnisinhalte inhaltlich eine Rolle spielen, ganz ähnlich wie beim Traum. Auf diese Ähnlichkeit wird man ja schon von den Kranken hin-

gewiesen, wenn sie manchmal nach Ablauf einer symptomatischen Psychose berichten, alles sei ihnen „wie ein wüster Traum“ vorgekommen. Die Ähnlichkeit zwischen exogenem Bild und Traum ist dieselbe wie zwischen physiologischem Schlaf und pathologischem bei der Encephalitis lethargica. Dieser Vergleich ist aber nicht etwa nur ein bildlicher. Zádor hat geradezu „exogene Träume“ bei seinen Lachgasräuschen erzielt, und man hätte die betreffenden Erlebnisinhalte nach denselben Prinzipien analysieren können wie einen physiologischen Traum. Auch Kraepelin und Wernicke sprachen deshalb mit Recht von traumartiger Bewußtseinstrübung, die besonders auch für die Meskalinwirkung zutrifft. Im übrigen bestätigen Zádors Versuche, wie stark sich die vorexperimentelle Persönlichkeit im Lachgasrausch bemerkbar macht. Dasselbe gilt für die viel diskutierten psychischen Veränderungen infauster Tuberkulosen, bei denen außerdem die normalpsychologischen Reaktionen auf die Einsicht der Hoffnungslosigkeit des Leidens zu berücksichtigen sind. Andererseits haben sie die Euphorie mit anderen chronischen Leiden, die nicht mit gröberen Schmerzen einhergehen, gemeinsam.

Auch die Witzelsucht der Stirnhirntumoren — die ich selbst bei dem großen Stirnhirntumormaterial unserer Klinik nur ausnahmsweise sah — muß aus der prämorbidem Persönlichkeit plus der geringgradigen Bewußtseinstrübung erklärt werden.

7. Einfluß des Lebensalters.

Das evolutive Moment ist desgleichen von erheblicher Bedeutung. Die Krampfreaktion ist dem frühkindlichen Gehirn ebenso leicht zugänglich wie die Symptomenreihe der Bewußtseinstrübung. Eine Rarität stellt dagegen das Vorkommen von Symptomen der harmonischen Reihe dar. Auch das Korsakowsche Syndrom kommt rein kaum vor. Desgleichen fehlen die psychomotorischen und die auf einer Dissoziation beruhenden Symptome.

Das Pubertätsalter wirkt sich besonders bei schizophrenen Prozessen färbend aus, und die Reaktionsarten des erwachsenen Gehirns beginnen bereits aufzutreten.

Dagegen sind für das Alter wieder die Häufigkeit des Korsakowschen Zustandsbildes und des depressiven bzw. paranoischen Syndroms charakteristisch. In noch höherem Alter werden Amentiabilder ebenso wie hyperkinetische Erscheinungen selten. Diese Tatsache ist aus dem Abbau der Funktionen im Alter zu verstehen — ähnlich wie

bei dem Hypothyreoidismus, wo auch allmählich immer mehr eine Einengung der Reaktionsmöglichkeiten nach der asthenischen Seite hin eintritt.

8. *Einfluß des Geschlechts.*

Eine Differenz in der Häufigkeit des Auftretens der einzelnen Psychosen ergibt sich schon aus den verschiedenen sozialen Aufgaben der beiden Geschlechter. Selbst wenn man aber davon absieht, ließ sich bei meinem Material feststellen, daß die komplizierteren exogenen Bilder bei Frauen erheblich häufiger sind.

Bekannt ist auch die größere Unruhe der psychotischen Frauen.

Das logisierende Bedürfnis ist ferner bei den Frauen geringer, die Neigung zur Systematisierung ist daher bei den paranoischen Formen weniger ausgesprochen.

III.

Die organischen einschließlich der exogenen Reaktionstypen.

Auf dem Wege zur Ermittlung der Ursache ist der erste wichtigste Schritt die Aufspaltung eines uns vorliegenden psychischen Bildes in seine Einzelsymptome. Dabei sind in der Psychiatrie viel größere Schwierigkeiten zu überwinden als etwa in der Neurologie, weil die Objektivierbarkeit psychischer Symptome weitgehend fehlt. Eine andere große Erschwerung liegt darin begründet, daß der ursprüngliche Gedanke *Kraepelins*, an Nuancen eines Symptoms seine Ätiologie erkennen zu wollen, eine unheilvolle Verwirrung in der psychiatrischen Nomenklatur hervorgerufen hat und — nebenbei gesagt, den Studenten die Erlernung der Psychiatrie so schwer macht. Beispielsweise ist es noch gang und gäbe, den epileptischen Anfall bei der sogenannten genuinen Epilepsie mit „epileptisch“ und den ganz gleich aussehenden Anfall bei einer traumatischen Epilepsie oder bei einer manisch-depressiven Psychose mit „epileptiform“ zu bezeichnen. Mit dieser „doppelten Buchführung“ ist es prinzipiell unmöglich, eine Lehre von den psychischen Reaktionsweisen des Gehirns zu schaffen. Kein Neurologe würde auf den Gedanken kommen, die Lähmung des Arteriosklerotikers mit „hemiplegisch“ und die infolge eines Schädeltraumas mit „hemiplegiform“ zu bezeichnen. Man übertrage sich dieses Beispiel nur auf die übrige Medizin! Nur aus der eingangs gekennzeichneten Einstellung ist es verständlich, daß es dem Anhänger *Kraepelins* große Schwierigkeiten machte, wenn er sich mit der Tatsache des Vorkommens von manischen Symptomen bei der Schizophrenie oder umgekehrt von psychomotorischen beim manisch-depressiven Irresein auseinandersetzen sollte. Nach seiner Grundauffassung dürfte etwas derartiges nicht vorkommen und er half sich dann aus dem Dilemma dadurch, daß er das manische Zustandsbild beim manisch-depressiven Irresein echt und bei der Schizophrenie unecht nannte. *Kraepelin* selbst ist ja nun bekanntlich in seinen letzten Jahren durch die Wucht der Tat-

sachen dazu geführt worden, die präformierten Reaktionsweisen des Gehirns in vorbildlicher Wandlungsfähigkeit anzuerkennen. Er erkannte damit H o c h e s berühmt gewordene Kritik an seinem System aus dem Jahre 1912 an. Wäre die Psychiatrie mehr W e r n i c k e gefolgt, so wären ihr viele Umwege erspart geblieben. Dabei sei aber ausdrücklich hervorgehoben, daß K r a e p e l i n s Streben nach Krankheitseinheiten nicht nur nicht überflüssig war, vielmehr eine sehr notwendige Ergänzung zu W e r n i c k e s symptomatologischer Betrachtungsweise darstellte. Das muß besonders jetzt unterstrichen werden, weil z. Zt. das Suchen nach Krankheitseinheiten fast diskreditiert erscheint, nachdem man erkannt hatte, daß der Kampf um die Einordnung mancher Krankheitsbilder — manisch-depressiv oder schizophren — in der bisher geführten Art aussichtslos erschien. Auch übte inzwischen eine in der übrigen Medizin an Boden gewinnende Betrachtungsweise ihren Einfluß auf die Psychiatrie aus, nämlich die „konditionale“. H a n s e m a n n s „Konditionalismus“ vermochte zwar den bis dahin herrschenden „Kausalismus“ nicht zu erschüttern, hatte aber doch den erfreulichen Erfolg, daß auch die Kausalisten fortan nicht mehr so grob schematisch dachten und mehr auf die Kompliziertheit des Ursachenproblems, insbesondere auch auf die erblichen Momente achteten. Am bekanntesten ist diese Einstellung in der Nachkriegs-Psychiatrie durch B i r n b a u m s Stichwort „Strukturanalyse“ geworden. Im rein psychologischen Gebiet hatte dem Sinne nach in gleicher Weise bereits vorher J a s p e r s gearbeitet. Daß diese Betrachtungsweise kommen mußte, war selbstverständlich, denn es gibt für jede Wissenschaft nur zwei Wege: Analyse und Synthese. Nachdem sich K r a e p e l i n s synthetische Bestrebungen als vielfach der Tatsachenkenntnis vorauseilend erwiesen hatten, mußte man dazu übergehen, die Bausteine seiner Krankheitseinheiten auf ihren Wert zu prüfen — man mußte analysieren. Es konnte weiter nicht überraschen, daß dieser Rückschlag z. T. in extremistischer Weise erfolgte. Die goldene Mittelstraße ist in der Wissenschaft wie auch sonst im Leben stets die am wenigsten begangene — gerade deshalb muß sie ja immer wieder so stark empfohlen werden.

Einen solchen extremen Versuch stellten die K r e t s c h m e r s c h e n Anschauungen dar, die von B l e u l e r konsequent zu Ende gedacht wurden und zu dem Ergebnis führten, daß sich jeder Mensch aus syntonen und dystonen Eigenschaften zusammensetzt. Mit dieser Formel war es jetzt möglich, den gordischen Knoten in jedem Falle zu durchschlagen.

Die vielen Fälle, die bisher einer Einordnung in das System unlösbarer Schwierigkeiten gemacht hatten, wurden fast wie eine einfache Rechenaufgabe aus der Prozentrechnung gelöst: Sie wurden als Mischungen aufgefaßt und diese Hypothese mit den körperbaulichen Legierungen gestützt. Während man aber mit der Mischungshypothese bei den Psychosen recht freigiebig umging, wurde sie im Bereiche des Charakterologischen recht sparsam angewandt. Im übrigen hatte Kretschmer die Lehre von der Mischung der Erbkreise (Kahn) übernommen. Kahn war mit der reinen erbbiologischen Methode der Frage nachgegangen, ob es Mischungen des epileptischen, schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreises gäbe und war zu einem bejahenden Ergebnis gekommen. Ich selbst bin vor Jahren dieser Frage nachgegangen und fand in meinem großen Material von Epileptikern und Manisch-Depressiven nur einen Fall, der nach diesem Prinzip erklärt werden konnte, seitdem beobachtete ich keinen mehr. Für die Kombination Epilepsie — Schizophrenie hat Krapf unlängst dem Sinne nach dasselbe gefunden. Mir scheint demnach festzustehen, daß die Wahrscheinlichkeit einer Keimfeindschaft unter den Erbkreisen größer ist als die einer Tendenz zur Mischung.

Das Resultat dieser Ausführungen ist demnach, daß eine befriedigende Lösung der Frage, warum z. B. manisch-depressive Symptome bei Schizophrenien vorkommen, auf diesen Wegen nicht gefunden wurde.

Der dritte Weg führt nun auf die Lehre von den organischen Reaktionstypen des Gehirns. Als Vorbild soll dabei die Neurologie vorschweben und als Ziel gewissermaßen eine Lehre von den psychischen Elementen wie in der Chemie.

Die Schwierigkeiten sind groß, das soll gleich eingangs unterstrichen werden, weil reine Symptome im Sinne elementarer Einheiten selten, nicht so exakt faßbar wie neurologische Symptome und experimentelle Möglichkeiten nur sehr eingeschränkt gegeben sind. Immerhin muß die Forderung aufgestellt werden, den Ausdruck Reaktionstypus oder Reaktionsweise nur im Sinne einer elementaren Einheit zu gebrauchen. Es kann also nicht von einer epileptischen oder schizophrenen Reaktionsweise schlechthin gesprochen werden, wenn man damit die Hauptsymptome der entsprechenden Krankheitseinheiten charakterisieren will. Andernfalls würde man die bisherigen Probleme nur in eine andere Ausdrucksweise übersetzen. Ferner soll es möglichst vermieden werden, in ihrer Bezeichnung Begriffe anzuwenden, mit denen auch Krankheitseinheiten benannt

werden, um die generelle Präformiertheit dieser Reaktionstypen zu unterstreichen.

Ich gebe zunächst eine kurze Charakterisierung der Symptome, werde durch Krankengeschichten nur seltenere erläutern und dann zum Schluß die allgemeinen Schlußfolgerungen ziehen.

a) Enzephalasthenischer Symptomenkomplex.

Obwohl eine neue Namengebung für Altbekanntes stets mißlich ist, möchte ich doch den Versuch damit wagen, denn der Begriff „neurasthenisch“ ist mit der Zeit allzusehr in Mißkredit geraten. Um nur eines zu nennen, es handelt sich ja bei dem „neurasthenischen“ Symptomenkomplex nicht um eine Schwäche der „Neura“, sondern um eine solche des „Enzephalons“. Der Bonhoeffer'sche Ausdruck „hyperästhetisch-emotionell“ ist etwas unhandlich und hat vielleicht deshalb den Ausdruck „neurasthenisch“ nicht verdrängen können. Im übrigen charakterisiert er treffend die wesentlichen Merkmale.

Im einzelnen brauche ich diesen gut bekannten Symptomenkomplex nicht zu schildern, es kommt mir hier nur darauf an, darauf hinzuweisen, daß er für eine leichte allgemeine Hirnschädigung spricht und ebenfalls ätiologisch unspezifisch ist. Das ist deshalb nötig, weil z. B. bei einer Hirnerschütterung oder bei einer zerebralen Arteriosklerose oft nicht genügend berücksichtigt wird, daß es sich hier um eine allgemeine Reaktionsform des Gehirns handelt. Am häufigsten kommt dieser Symptomenkomplex vor nach: Erschöpfung, als „Intoxikationskater“, in der Rekonvaleszenz, im Klimakterium, beim Hyperthyreoidismus, bei der zerebralen Arteriosklerose, im Beginn der Paralyse, nach Hirnerschütterungen („traumatische Hirnschwäche“) usw. Die Vasomotoren-Übererregbarkeit spielt hier eine große Rolle, weshalb der Schluß naheliegt, daß das vegetative Nervensystem an seiner Entstehung mitbeteiligt ist. Das macht auch verständlich, weshalb er zuerst bei den psychopathischen Persönlichkeiten beschrieben wurde. Die konstitutionelle Disposition, die vegetative Stigmatisierung, charakterisiert er richtig, der Ausdruck „Neurastheniker“ ist jedoch insofern unzutreffend, als er den psychologischen Überbau ebenfalls fälschlich somatisch interpretiert.

b) Organisch bedingte Bewußtseinsänderungen.

Das feinste Reagens auf eine akute Hirnschädigung leichter Art ist das subjektive Empfinden derselben. Am bekanntesten ist jedem dieses Erlebnis von der Alkoholintoxikation her. Daß der Alkohol

„zu Kopfe steigt“, wird schon dann empfunden, wenn für den Außenstehenden noch keine Änderung der Persönlichkeit erkennbar ist. Das muß man sich stets deshalb als ganz allgemeingültig vor Augen halten, weil diese Beobachtung lehrt, daß der gesunde Teil der Psyche in diesem Stadium noch den kranken objektiv betrachten kann. Anders ausgedrückt: die Kritik, die Krankheitseinsicht ist noch erhalten, d. h. auf eine Formel gebracht: im Beginn einer leichten Hirnschädigung organischer Natur kann eine Persönlichkeitsspaltung auftreten. Die Tragweite dieses Ergebnisses ist deshalb groß, weil es einem helfen kann, z. B. beginnende Manien oder Schizophrenien als irgendwie organisch ausgelöst zu verstehen. Bekommt man doch oft, wenn man mit dieser Fragestellung an geeignete beginnende Fälle herangeht, Antworten, die, kurz zusammengefaßt, darauf hinauslaufen, daß die Kranken eine ihnen fremdartige, in ihrem Gehirn vor sich gehende Veränderung bemerken¹⁾. Man muß sich nur davor hüten, solche Angaben, auch über somatische Beschwerden, allzu leicht nicht zu bewerten, weil sie von einer beginnenden Psychose stammen. Da diese leichtesten Bewußtseinsschädigungen allgemein psychopathologisch besonders interessant sind und bisher zu wenig ausgebeutet wurden, will ich auf sie näher eingehen.

Zunächst sei auf die Euphorie hingewiesen. Mit diesem Ausdruck beschreiben wir zumeist die Tatsache, daß schwerkranke Patienten auffallend wenig unter ihren Störungen leiden. Dazu ist eine besondere charakterologische Eigenart nötig. Berücksichtigt werden muß aber noch, daß eine Gewöhnung eintritt, wie das Beispiel der Erblindeten lehrt. Die Diagnose Euphorie besagt in solchen Fällen eigentlich nichts anderes, als daß der Beobachter glaubt, daß er sich in der Lage des Patienten anders verhalten hätte, was sicherlich oft nicht zutreffen würde. Jedenfalls ist mir ein Arzt in Erinnerung, der seiner prognostisch infausten Paraplegie mit Blasenlähmung infolge Rückenmarksverletzung ebenfalls durchaus euphorisch gegenüberstand, trotzdem seine ganze impulsive Persönlichkeit ein anderes Verhalten hätte erwarten lassen. Bedingung für diese Art Euphorie ist nur, daß das Leiden ohne größere Schmerzen verläuft.

Auf einer anderen Stufe aber steht die Euphorie als leichtestes Anzeichen einer exogenen Hirnschädigung, denn hier ist sie stets als Folge einer leichten Bewußtseinsänderung aufzufassen. Dahin rechne ich die Mehrzahl solcher Reaktionen bei fiebernden Tuberkulosen.

¹⁾ Vgl. dazu die sog. Zwangserrscheinungen bei den Enzephalitikern.

Die Eigenart der prämorbidem Persönlichkeit spielt dabei natürlich auch noch ihre Rolle. Hierbei sei auch noch darauf hingewiesen, daß gewöhnlich bei der Erforschung der prämorbidem Persönlichkeit in der Psychiatrie viel zu wenig daran gedacht wird, daß sehr viele Menschen eine nach dem Überkompensationsprinzip geschaffene Maske tragen. Fallen einmal ihre Hemmungen fort, so sieht man dann oft erst die sonst verborgenen Persönlichkeitseigenschaften. Das erklärt auch die bei leichter exogener Hirnschädigung auftretende paranoische Reaktion. Die genaue psychologische Analyse ergibt in solchen Fällen, daß diese Persönlichkeiten stets diese Disposition gehabt haben.

Die Euphorie bei Hirntumoren ist von psychiatrisch nicht versierten Neurologen öfters als Moria beschrieben worden. Die zunehmende Kenntnis der exogenen Reaktionsformen hat zur Folge gehabt, daß man diesen Ausdruck heute kaum noch hört. Dagegen spielt bei den reinen Neurologen die Euphorie bei den Stirnhirntumoren noch eine große diagnostische Rolle. Daran ist soviel richtig, daß die Euphorie nur bei leichter Bewußtseinsschädigung auftreten kann und daß die Intensität der Hirnschädigung je nach dem Sitz des Tumors natürlich verschieden ist, daß man also mit Reserve sagen kann, die Bedingungen für das Auftreten einer Euphorie sind bei den Stirnhirntumoren am günstigsten. Falsch wäre es aber, die Euphorie in das Stirnhirn zu lokalisieren. Interessant sind in diesem Zusammenhange die Beobachtungen von B o s t r ö m und O. F ö r s t e r: Bei einer Trepanation in Lokalanästhesie über der rechten vorderen Zentralwindung schlug im Augenblick der Duraöffnung der bis dahin morose und leicht ängstliche Kranke in der Stimmung um und wurde euphorisch und witzelnd. O. F ö r s t e r konnte geradezu experimentell bei seinem Falle während der Operation ein ähnliches noch gröberes Zustandsbild bei Druck auf die Gegend des dritten Ventrikels hervorrufen. Lokalisatorisch ausgedrückt liegt aber bisher kein Anlaß vor, davon abzugehen, daß die Euphorie bzw. Witzelsucht ein diffuses Rindensymptom ist.

Die anderen leichten Bewußtseinsänderungen werde ich an der Hand experimentellen Materials darstellen. Z á d o r hat mir zu diesem Zwecke seine Mescalinversuchsprotokolle zur Verfügung gestellt, aus denen ich im folgenden in Stichworten das mich in diesem Zusammenhang Interessierende zitiere. Vorbemerkt sei, daß es sich um psychisch normale Versuchspersönlichkeiten handelte. Die übrigen psychopathologischen Ergebnisse dieser Versuche werden Z á d o r und Z u c k e r veröffentlichen, auf deren Arbeiten ich hier verweise.

Mescalinversuche Zádors.

1. *Hn.* Gefühl von Schwere, gedrückt, weint, dachte an seinen Garten — plötzlich heiter: „Ich bin bei klarem Verstand“. Vorstellungsvermögen zunächst ungestört. Später schlecht orientiert, ängstlich, es kommt ihm alles unheimlich vor.

2. *Ltl.* Verständigung etwas erschwert, döst.

3. *Hhn.* Im Kopf etwas dumpfes Gefühl, Vorstellungsvermögen o. B.

4. *Ebr.* Unbehagen, weinerlich (Liebe), Schwere im Kopf, lächelt, lacht. „Es ist eben etwas in mir“ — „fühle mich nicht frei“ — „ich gehöre mir nicht selber“ — „als wenn ich einen kleinen Schwips hätte“ — „es ist mir alles so fremd“ — „in Gedanken versunken“ — „Mein Mund ist nicht mein Mund.“ — Stimmungswechsel.

5. *Rkp.* Verlust der Hemmungen. „Das Empfinden des Nichtseins wird stärker.“ Wenn er wolle, könne er sich noch konzentrieren. Wird zerfahrener — „als wenn man einen kleinen Rausch hat.“ Unbeherrscht. „Komme mir vor wie ein Automat.“ „Gefühl, als wenn er in tiefen Schlaf versunken wäre, obschon er nicht geschlafen hat.“ Euphorie, „sauwohl“ — „wie etwas angetrunken, aber doch anders“.

„Rauschzustand, zwischen angetrunken und betrunken“ — „noch einmal so leicht denkend, noch einmal so unternehmend, noch einmal so schnell ausführend“ — weltentrückter Zustand, „Nirvana“. — Tadellose Rückerinnerung an die Einzelheiten des Versuches.

6. *Rtz.* Müdigkeit. „Nicht ganz richtig, so betäubt“ — ängstlich, „ich habe geträumt“ — ängstlich — „angetrunken“ — döst.

7. *Sfd.* Etwas verwirrt — erregt — gesprächiger — euphorisch — schreit lustig auf — singt schreiend laut — Lachstöße — hindösend — verbigeriert — „in Gedanken versunken“ — albern, eigensinnig, Rededrang. Negativistisch.

8. *Hzd.* Erregt — dumpfes Gefühl im Kopf — deprimiert, etwas abwesend. — „Es kommt mir alles so fremd vor.“ — Ängstlich. „Mir ist, als ob ich von einem schweren Schlaf erwache.“ Müde. „Ab und zu verfall ich, da bin ich nicht so wie sonst, dann finde ich mich wieder.“ — „Das Frühere kommt mir wie ein Traum vor.“

9. *Grw.* Müdigkeit, döst, im Kopf wie vor der Migräne — vorübergehend leichter Kollaps, benommen.

„Was ist Wirklichkeit, was Phantasie?“ — Gedankenleere.

Aus dem Bericht nach dem Versuch: „Ich kämpfte gegen das Einschlafen.“

10. *Gnw.* Kopf etwas neblig. — Gähnen — döst — müder als sonst — als wenn etwas getrunken — leicht euphorisch. „Alles kommt mir vor wie im Traum, wie im Märchen — und doch weiß ich alles.“ — „Starkes Glücksgefühl“ — „Nirvana.“ Dann traurig — müde abgespannt.

„Die ganze Zeit kämpfte ich, um das Bewußtsein zu bewahren.“

11. *Schrd.* Schläfrig, gähnt, schwer im Kopf.

12. *Schw.* Müde, Gähnen, benommenes Gefühl, „als wenn ich stundenlang gelegen und geschlafen hätte.“ Gedankenablauf ausgesprochen ideenflüchtig, zeitweise zusammenhangslos — schwer besinnlich. Stimmung labil.

13. *Pmg.* Gesprächiger. — Kopf schwer — wie etwas betrunken — benommen — „als wenn ich müde bin — als wenn ich geschlafen und geträumt hätte.“ — „Ich bin tot.“ Depressiv, vorübergehend etwas klarer. Abwesend. „Mit Träumerei beschäftigt.“

14. *Elr.* Gähnt, gereizt — Rededrang. „Ich bin ganz besoffen — ich bin eben irrsinnig.“ Müde.

15. *Fwd.* Gähnen, müdes Gefühl im Kopf. Stimmungswechsel. Kindlich albern, summt vor sich hin. Euphorisch. Sprunghaft im Denken. „Vorher war das so ein richtiger Dämmerzustand.“

16. *Brd.* Ohnmachtsartige Zustände, d. h. „als wenn man einschläft und plötzlich aufwacht.“ Ideenflüchtig. Möchte gern schlafen. „Als wenn benommen.“ Kämpft gegen Einschlafen. „Ich muß mich zusammennehmen, damit die Gedanken nicht schwinden.“ Angst, er könnte einschlafen. Rededrang.

Versucht man diese experimentell gemachten Beobachtungen zusammenfassend auszuwerten, so kann man zunächst sagen, daß ein Wechsel in der Stimmungslage etwas Häufiges ist. Auch das Gefühl von Schwere, der Verlust von Hemmungen, das Vor-sich-hin-dösen, das Gefühl des Angetrunkenseins, sich steigernd bis zur Benommenheit, ist etwas von anderen Intoxikationen oder Infektionen her Bekanntes. Ungewöhnlicher sind dagegen die gemachten Beobachtungen über Verbigerieren, inkohärenten oder ideenflüchtigen Rededrang, negativistische Erscheinungen, Gefühl des Automatenhaften, Gedankenleere, Entfremdungsgefühl. Immerhin handelt es sich auch hierbei um schon Bekanntes, wenn man sich die später von mir mitgeteilten Amentia-Krankengeschichten durchsieht.

Besonders gut charakterisieren viele Versuchspersonen die „traumartige Bewußtseinsänderung“. Darüber finden sich Äußerungen wie: „wie in tiefen Schlaf versunken“, „weltentrückter Zustand“, „Nirvanastimmung“, „alles kommt mir wie im Traum, im Märchen vor“, „was Wirklichkeit, was Phantasie?“, „in Gedanken versunken“, „vorher war das so wie ein richtiger Dämmerzustand“, „die ganze Zeit kämpfte ich, um das Bewußtsein zu bewahren“. Gerade letzterer Ausdruck kennzeichnet sehr plastisch den Kampf zweier Bewußtseinszustände, wie man ihn von sich selbst kennt. Denn im Halbschlaf, beim Vor-sich-hin-dösen bei hochgradiger Ermüdung, wenn man aus irgendwelchen Gründen sich gegen das Einschlafen wehren muß, in der Schlaftrunkenheit erlebt der Gesunde dasselbe. Gerade hier muß deshalb darauf hingewiesen werden, daß der „exogene“ Bewußtseinszustand sich allmählich aus dem Normalen herausentwickeln kann, daß also auch hier die Natur nur Übergänge kennt.

Auch vom normalen Traum gilt dasselbe. Die Bewußtseins-schichten, in denen er sich abspielt, sind dieselben, die auch im

Wachen bei uns in dauernder minderbewußter Aktion sind, nur bemerken wir sie im allgemeinen nicht, da unsere Aufmerksamkeit auf andere Erlebnisse — im wesentlichen auf die Auseinandersetzung mit der Umwelt — konzentriert ist. Auch die Träume selbst sind ja je nach der Schlaftiefe voneinander verschieden. Selbst ganz komplizierte Denkvorgänge sind bei geringer Schlaftiefe in ihnen möglich.

Also: wie beim Normalen vom bewußtlosen Schlaf in größter Ermüdung bis zum kompliziertesten Denken im Wachen alle Übergänge vorkommen und die einzelnen Bewußtseinschichten dauernd wechseln, so ist es auch bei den „exogenen“ Bewußtseinszuständen der Fall, und nicht nur das, — selbst zwischen beiden Reihen, zwischen normal und pathologisch, finden Übergänge statt. Auch zwischen dem normalen Schlaf und dem pathologischen bei der Encephalitis lethargica liegt der Unterschied nicht in dem Mechanismus selbst, sondern allein in der Art der Auslösung. Nimmt man die chemische Schlaftheorie einmal als richtig an, so sieht man, daß nicht einmal in der Art der Auslösung ein prinzipieller Unterschied vorhanden ist.

Auf alles dies bin ich näher eingegangen, weil ja der Psychiatrie u. a. immer noch die noch nicht genügend sicher gelöste Aufgabe Schwierigkeiten macht, die Lehre von den organischen Symptomenkomplexen auch auf das manisch-depressive Irresein und die Schizophrenien anwendbar zu formulieren. Nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse scheint ein weiteres experimentelles Vorwärtsgelangen mir am ehesten im Hinblick auf die Schizophrenien möglich zu sein. Gerade die oben skizzierten Meskalinversuchsergebnisse mit ihrem „traumartigen Bewußtseinszustand“ lassen einen nämlich behaupten, daß er auch zum mindesten bei den akuten Schizophrenien eine große Rolle spielt, während die ausgesprochene „Bewußtseinsstrübung“ die Ausnahme ist. Dazu kommt bei der Schizophrenie noch hinzu, daß sie ja oft nicht akut, sondern schleichend beginnt. Eine schleichende, chronische, subakute Intoxikation — wenn sie z. B. experimentell mit Meskalin möglich wäre — würde sicherlich noch viel schizophrenieähnlichere Bilder hervorrufen. Das sieht man schon bei den weniger stürmisch und protrahiert verlaufenden Amentiabildern und Choreopsychosen. Auch hier weise ich darauf hin, daß das vielgestaltige Bild der Schizophrenien genügend berücksichtigt werden muß, und daß die oben gekennzeichnete „traumartige Bewußtseinsänderung“ nur bei bestimmten Fällen zu beobachten ist.

Die Meskalinversuche zeigen ferner, daß der Bewußtseinszustand, wie er eben charakterisiert wurde, bei größerer Intensität der Störung in eine Art *Somnolenz* übergeht, dann folgt in der Stufenleiter weiter die *Bewußtseinstörung*, auf die *Ewald* und ich als Grundsymptom der exogenen Reaktionstypen hinwiesen und deren differentialdiagnostische Bedeutung ich besonders unterstrich. Bei weiterer Zunahme der Schädigung kommt es dann zur *Benommenheit* und schließlich zum *Sopor* bzw. zum *Koma*.

Schließlich gehört die *Schlafsucht* noch hierher, die wir nach den bisherigen klinischen Erfahrungen mit der Gegend des 3. Ventrikels in Zusammenhang bringen müssen.

c) Das delirante Syndrom.

Dieses seit der klinischen Schilderung durch *Bonhoeffer* auch in seiner Analyse gut bekannte Zustandsbild, verbunden mit den wechselnden Intensitäten der Bewußtseinsänderung, den spezifischen deliranten motorischen Erscheinungen und der halluzinatorischen Reihe, braucht nicht näher beschrieben zu werden. Es handelt sich um ein Syndrom, das natürlich noch weiter in Elementarsymptome aufgespalten werden kann. Für den klinischen Gebrauch ist aber an der Einheit dieses Syndroms festzuhalten, aus denselben Gründen, weshalb wir z. B. an den Begriffen *Bewußtseinsänderung* oder *Demenz* festhalten. Schließlich handelt es sich ja sowieso bei allen Reaktionstypen um Abstraktionen aus dem Flusse psychopathologischen Geschehens. Auf die Halluzinationen bei diesem Syndrom ist auf Grund experimenteller Versuche *Zucker* eingegangen, auf den ich hier verweise.

d) Die psychomotorischen Symptome.

Hyper- und Akinesen.

Die Amentiafrage.

„*Amentia*“ ist ein historisch begründeter Begriff, der heute am besten fallen gelassen wird, denn er hat nur noch den Sinn, am ehesten noch der Schizophrenie ähnliche, komplizierte, exogene Bilder auf der Basis einer organischen Bewußtseinsstörung zu bezeichnen, während er früher eine Krankheitseinheit im Sinne *Kraepelins* bedeutete. Auch ist das Grundsymptom der „*Verwirrtheit*“ sehr vieldeutig, wohl nur deshalb noch so beliebt, und nicht immer vorhanden. Es muß also zur Aufgabe gestellt werden, diese psychotischen Typen in ihre Elementarsymptome aufzuspalten (vgl. auch *Kleist*).

Davon abgesehen handelt es sich hier um besonders interessante Bilder deshalb, weil sie den Ausgangspunkt dafür abgeben können, die Schizophrenien in Form eines klinischen Indizienbeweises als organische Hirnerkrankungen verständlich zu machen. So gradlinig, wie das B u m k e getan hat, indem er von der „schizophrenen Reaktionsweise“ als einer Art von exogener Reaktionsweise sprach, scheint es mir allerdings nicht möglich zu sein. Ich führte schon anfangs aus, daß der Begriff „Reaktionsweise“ nur dann einen Sinn hat, wenn er ein Elementarsymptom bedeutet. Man kann ebenso wenig von einer epileptischen Reaktionsweise sprechen, wenn man damit die Gesamtheit der bei Epilepsien vorkommenden Symptombilder meinen wollte.

Will man aber von den exogenen Reaktionstypen aus das Schizophrenieproblem in Angriff nehmen¹⁾, so wird man am besten von den Elementarsymptomen der Amentiatypen ausgehen, aber — zuvor muß man auch die schizophrenen Psychosen in ihre Elementarsymptome zerlegt haben. Zuzugeben ist nur B u m k e, daß man dann, wie vorausgeschickt sein soll, zu dem Ergebnis kommt: die früher stets gestellte Frage: exogenes oder schizophrenes Bild, fällt in sich zusammen, da sie Dinge trennen will, die nicht prinzipiell verschieden sind, da sie sich nur durch den zugrunde liegenden Bewußtseinszustand unterscheiden.

Im übrigen besteht die größte Schwierigkeit für die Auffassung der Schizophrenien als „exogen“ schon rein symptomatologisch darin, daß das primäre Symptom der exogenen Reaktionstypen — der rote Faden — die organogene Bewußtseinstörung ist, die Schizophrenien aber im Gegenteil durch ihr Fehlen charakterisiert werden. Zuzugeben ist allerdings, daß temporär eine solche vorhanden sein kann (M e d o w), aber nur in relativ wenigen Fällen, und daß im fieberhaften Beginn das symptomatologische Bild einem exogenen Reaktionstypus entsprechen kann. Darüber hinaus hat man in manchen anderen Fällen den Eindruck, daß es sich um eine länger dauernde, dämmerzustandsartige, traumhafte Bewußtseinsänderung handelt. Heuristisch ist es jedenfalls sicherer, das Fehlen der Bewußtseinstörung als Tatsache anzunehmen, die zunächst den Analogieschluß hindert, und sich nach anderen Beweisgründen umzusehen²⁾.

¹⁾ Vgl. „Die exogenen R. T. und das Dementia-praecox-Problem“, Vortrag in Kassel.

²⁾ Näher ausgeführt in meinem Vortrag auf der Stuttgarter Versammlung: „Schizophrene Symptome bei organischen Hirnerkrankungen etc.“

Dagegen bietet sich für die Beweisführung die allgemein anerkannte Erfahrung an, daß die „katatonen“ Symptome unspezifisch sind, worauf Bonhoeffer schon vor langem hinwies, weshalb ich ja den Wernickeschen Ausdruck „psychomotorisch“ für sie vorzog. Kommen sie doch — um nur einiges zu nennen — bei Paralyse (Schröder, Häfner) und sogar Hirntumoren vor. Zur Illustration führe ich einige ungewöhnlich prägnante Krankengeschichten an:

Anmerkung: Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie, Bd. LIII—LV (1923/24), publiziert von P. Schröder.

Hyperkinetische Motilitätspsychose bei Hirntumor.

(Gekürzter Auszug aus der Publikation von Schröder.)

Der 26 Jahre alte Arbeiter *Fritz Ha.* hat in der Schule gut gelernt, er war als Kind gesund und unauffällig; später landwirtschaftlicher Arbeiter, hat als Soldat gedient. Von August 1915 bis Kriegsende an der Front. Eisernes Kreuz. Nicht krank und nicht verwundet. 1920 geheiratet. Fleißiger Arbeiter, nie Auffälligkeiten im Wesen, keine Belastung mit Geisteskrankheiten, insbesondere nichts auf Dementia praecox hinweisendes in Vorgeschichte und Familie.

Aufnahme in die Klinik am 21. 2. 1922.

28. 4. In der Nacht plötzlich unruhig. Beschimpft den herbeigerufenen Pfleger mit „Du Affenkopf“, schlägt nach ihm. Der Arzt findet Pat. in benommenem Zustand vor; Pat. hat die Augen geradeaus gerichtet, wischt mit der rechten Hand etwa 20mal über den Mund. Auf Anruf und Nadelstiche keine Reaktion. Kein Babinski. Zeigt mit der Hand geradeaus, schmatzt mit dem Munde.

29. 4. Redete mit lauter Stimme dauernd vor sich hin, pfiß, klatschte rhythmisch in die Hände, schlug mit beiden Armen in Kreisbögen umher, so daß Tisch, Gardinen und Bettwäsche in den Saal geworfen wurden.

Vorübergehend saß er eine Zeitlang still aufrecht im Bett und starrte auf ein an der Wand hängendes Bild. Während der ganzen Zeit war er völlig unansprechbar und reagierte auf keinen Reiz. In seinen Erzählungen war er flüchtig, etwa folgender Art: „Höllisches Vergnügen, da muß ja das Donnerwetter dazwischenfahren.“ „Herbert, Vater hat die Mutter ja totgeschlagen.“ — „Mutter, du bist verrückt.“ — „Verfluchte Saubande.“ — „He, Ziegenbock.“ — „Hallo, hier.“ — „Kerl, Fritz, da bist du ja.“ — „He, Elli, du alte Sau.“

In der Nacht wurde er plötzlich für 10 Minuten geordnet, sah sich erstaunt um, erkannte die neue Umgebung (andere Abteilung) und fragte, wie er hierher gekommen sei. Wußte von den Vorgängen nichts. Gleich darauf wieder dasselbe Zustandsbild. Krampfzustände wurden nicht beobachtet.

30. 4. Die ganze Nacht hindurch dasselbe Bild. Ebenso heute vormittag, jedoch erkannte er am Vormittag den Arzt, er war durch energisches Schütteln und Zureden zu einzelnen Äußerungen zu bewegen, wußte, daß er in der

Nervenklinik Greifswald sei. Kurz darauf reagierte er wieder auf keinerlei Reize. Am Nachmittag endete ziemlich plötzlich dieser Zustand, und H. war psychisch völlig geordnet.

Vollständige Amnesie für die Vorgänge seit dem 28. 4. Er weiß nur, daß er bis dahin auf der Oberabteilung war, er habe sich ganz wohl gefühlt und müsse wohl eingeschlafen sein, wundert sich darüber, daß er auf der Wachabteilung liegt, daß bereits der 30. 4. sei und daß er sich auffallend und brutal benommen haben solle, bittet deswegen um Entschuldigung. Er fühle sich jetzt ganz wohl. Von der kurzen geordneten Zeit aus der Nacht vom 28.—30. 4. weiß er nichts.

4. 5. Heute vormittag begann H. wieder allmählich verändert zu werden; er reagierte auf Anruf immer schlechter, lag mit offenen Augen bewegungsarm auf dem Rücken; nach und nach traten einzelne wie gewollt aussehende Bewegungen auf, er schwenkte, meist im Sitzen, ein in der rechten Hand gehaltenes Tuch in kreisförmiger Bewegung je ein- bis zweimal in der Luft hin und her. Im Laufe einer Stunde wurden diese Bewegungen häufiger und mannigfacher, bis H. schließlich gegen Mittag in dauernder Bewegung mit dem ganzen Körper war. Arm- und Gesichtsmuskulatur sind stärker betroffen als die der Beine und des Rumpfes. Die Bewegungen haben etwas Eintöniges, Rhythmisches und sind wenig wechselnd. Das Tuch schwenkt Pat. mit der rechten Hand ein- bis zweimal in der Luft hin und her, wirft es dann in die linke und macht damit dieselbe Bewegung. Darauf folgen eigenartige Wink- und Abwehrbewegungen, dann segnende pathetische Bewegungen, ähnlich dem katholischen Kreuzschlagen. Vereinzelt kommen dazwischen andere vor, wie z. B. Ziel- und Schießbewegungen, sonst folgen die oben geschilderten in monotonem Rhythmus. Zeitweise werden an den Händen athetoseähnliche Bewegungen beobachtet. Begleitet werden diese Armbewegungen durch spärliche der Beine, wie Übereinanderlegen, Spreizen usw. Gleichzeitig erfolgt ein ruckartiges Grimassieren, das sich aber auch nur aus wenigen Komponenten zusammensetzt: Verziehen des Mundes, Schmatzen, Schnalzen und Blasen; diese Bewegungen erinnern bald mehr an choreatische, bald mehr an pseudospontane. Während H. gegen Mittag zunächst auf Anruf nicht reagierte, führte er später, immer nur ganz vorübergehend, kleinere Befehle, wie Zungezeigen, Augenschließen, Handgeben und ähnliches aus, jedoch eigentümlich ruckartig. In derselben ruckartigen Weise gab er auch Antwort mit harter, lauter Stimme und immer nur in ein bis zwei Worten; er zeigte sich dabei völlig orientiert, während er sonst auf Vorgänge der Umgebung nicht reagierte. Im Laufe des Nachmittags wurde er zweimal auf kurze Zeit sehr erregt, brüllte unverständliche Sätze, aus deutschen, französischen und polnischen Worten gemischt. Die Bewegungen hielten sich in Art und Inhalt in den oben beschriebenen Grenzen, jedoch beteiligten sich auch die Beine zunehmend daran, und sie wurden lebhafter. Gegen Abend wurden sie zu wilden Jaktationen. H. reagierte dann auf keine Reize mehr.

4. 5. Es besteht seit heute früh 3 Uhr wieder eine allgemeine heftige motorische Unruhe. Ist H. sich selbst überlassen, so liegt er auf der rechten Seite, hat den Kopf nach rechts gedreht; auch wenn man ihn auf die linke Seite legt, dreht er sich wieder nach rechts. Zwingt man ihn zum Aufstehen, so hört die Unruhe auf; nur mit den Armen, ganz besonders mit dem rechten,

erfolgen dauernd Bewegungen. Vorübergehend haben sie den Charakter gezielter Ausdrucksbewegungen: Zeigen, Winken, Schütteln wie vor Ungeduld.

In Rückenlage besteht die größte Unruhe im rechten Arm. Dazwischen kommen ruckartige Tretbewegungen der Beine, die mit großer Kraft ausgeführt werden. Im linken Arm nur leichtere Begleiterscheinungen; die Führung hat durchaus der rechte Arm. Mit der linken Hand wird krampfhaft ein Stück Decke gehalten. Andere Male auch im linken Arm zeitweise stärkere Unruhe; dabei nichts ausgesprochen Stereotypes, wenn auch eine größere Eintönigkeit als im rechten Arm auffällt. Rechter Arm: Rotationen, Schütteln der Hand, Fingerbeugungen, stoßende Bewegungen mit flacher Hand, Schlagen durch die Luft, Herumschlagen mit beiden Armen. Schnalzen. Dazu dauernd rhythmische abgerissene Laute. Einzelne französische Ausdrücke sind erkennbar: Bonjour, Monsieur, französische Endsilben. Vokale. Von den Beinen ist hauptsächlich die Oberschenkelmuskulatur beteiligt und zwar in ihren sämtlichen Bewegungsmöglichkeiten, am häufigsten sind Beuge- und Streckbewegungen, aber auch Spreizen der Oberschenkel kommt vor. In den Bewegungen heute nichts Choreatiformes, sie sind schnell, energisch. Kein Zugreifen, kein Festhalten. Die Bewegungen haben auch nicht deliranten Anstrich oder den Charakter von krampfartigen Reizerscheinungen. Sie erinnern heute nicht an verzerrte Ausdrucksbewegungen. Dabei kein Affekt erkennbar, kein Fixieren der Vorgänge in der Umwelt. Nicht ansprechbar, fixiert den Frager nicht. Durch Zwischenrufe ist der Kranke nicht ablenkbar, verflucht jedoch die vernommenen Worte in seine ruckartig hervorgestoßenen Folgen von Lauten. Im rechten Arm sind die rotierenden, schlagenden Bewegungen zeitweise sehr schnell und flink. Hin- und Herwerfen des Oberkörpers. Die Unruhe im rechten Arm kann von einem Zweiten nur mit beiden Händen und erheblicher Kraftanstrengung unterdrückt werden. Die Beine sind deutlich hypotonisch. In den Armen läßt sich die passive Beweglichkeit der Arme nicht prüfen. Haltung beim Stehen normal. Fixiert nicht mit Verständnis, blickt ziellos umher. Bleibt mit den Armen schlagend, ruckend, rotierend stehen: „Tres bonjour Monsieur Reynold-Dersekow, Platmann, Scholz, Riga, Pasewalko, Stolzenburg. Stolzenburg.“ Die Worte werden explosiv mit scharfer Betonung hervorgestoßen. Sucht sein Bett nicht auf, bleibt davor stehen (12—1 Uhr vormittags).

Kurze Zeit später hört die grobe motorische Unruhe auf, es blieben nur vereinzelte stereotype Bewegungen. Die Augen des Kranken blickten den ganzen Tag lebhaft, obgleich er bis mittags auf Anruf oder sonstige Reize nur ganz vereinzelt reagierte. Bald danach antwortete er zwar auf Befragen ebenfalls nicht, führte aber aufgetragene Befehle prompt und richtig aus. Etwa um 2 Uhr trat wieder die wilde Hyperkinese auf, und zwar in derselben Weise wie oben beschrieben. H. redete dabei mit eintöniger monotoner Stimme dauernd laut vor sich hin, lauter selbstgebildete Worte, die sich aus deutschen, französischen oder unverständlichen Teilen zusammensetzten; er stößt sie in immer wiederkehrendem Rhythmus aus wie folgt:

„Kalésa, terési, Hatokoladéwe, Hotüréne, hohle Zähne, onefikére, konkóléwe, onkáfátata, opapópapa Kolónewe, hozowiwi, ontifi, hazeklówije, tre-

bonje, tatatarn, tatataku, onzaków, Monsieur, voulez-vous souper, très bon jour, fotorive, hololé, holotré.“

Das Reden erfolgt so schnell, daß ein vollständiges Mitschreiben nicht möglich ist. Meist haben zwei bis drei der Worte Gleichklang oder sie reimen sich (in der Nachschrift nur unvollkommen wiedergegeben).

Wenn man den Kranken unter Rütteln laut anruft, kann man ihn je nach Gebrauch der deutschen oder französischen Sprache veranlassen, seine Worte bzw. Silben und die Sprachklangfarbe aus derselben Sprache zu nehmen; dabei sind motorische und sprachliche Reaktionen auf Hautreize, selbst auf tiefe Nadelstiche, nicht zu erzielen.

6. 5. Zustandsbild hält an, dauert auch die Nacht durch fort. Auf Skopolamin 1—2 Stunden Schlaf. Wiederholtes Erbrechen.

9. 5. Dasselbe Zustandsbild, jedoch sind die Bewegungen langsamer geworden und erscheinen mühsamer; die Sprache ist fast unverständlich. Starker Kräfteverfall. Puls kaum fühlbar. H. erscheint benommen.

11. 5. Die motorische Unruhe ist geringer geworden. H. ist benommen, nimmt aber wieder etwas Nahrung zu sich. Lippen, Zunge und Mundhöhle trocken, rissig und borkig. Allgemeinzustand ist etwas besser.

14. 5. H. ist allmählich motorisch unauffällig geworden, er schläft fast den ganzen Tag, ist aber leicht erweckbar. Er ißt befriedigend. Von der Zeit seit 4. 5. weiß er nichts, auch nicht, daß er während dieser Zeit auf der Wachabteilung gelegen hat (er wurde gestern abend schlafend zurückverlegt). Er behauptet, gestern in dem Nachbarbett gelegen zu haben. Wie er in das jetzige komme, wisse er nicht. Als ihm die Vorgänge der letzten Woche erzählt werden, ist er traurig und fragt ängstlich: „Herr Doktor, ich werde doch wohl nicht verrückt werden?“ Anfänglich wollte er den Erzählungen keinen Glauben schenken. Neurologisch gegen früher keine Veränderung. Augenhintergrund fachärztlicherseits als normal bezeichnet.

26. 5. Psychisch in der letzten Zeit nichts Auffälliges.

30. 5. Zustandsbild ist rasch progredient. Psychisch keine Veränderung. Hirnnerven derselbe Befund. Der Tonus im linken Arm und Bein ist herabgesetzt. In der Schulter links können Bewegungen nicht ausgeführt werden. Spontane Bewegungen führt H. links nicht aus, er läßt die Extremitäten liegen wie sie fallen, obwohl er bei Aufforderung sämtliche Bewegungen ausführen kann. Auch rechts erscheint die rohe Kraft etwas herabgesetzt. Stehen und Gehen ist ohne Unterstützung nicht möglich. Der Gang erfolgt mühsam unter Nachschleifen des linken Beines. Bis auf die Parästhesien im rechten Ulnarisgebiet ist die Sensibilität intakt in allen Qualitäten.

1. 6. Leicht benommen, schläft fast den ganzen Tag, ist aber leicht erweckbar.

2. 6. Benommenheit nimmt zu. Keine Nahrungszufuhr möglich. Ist noch erweckbar.

3. 6. Völlige Benommenheit, heute vormittag um 11 Uhr begann der Puls nachzulassen. Die Atmung wurde röchelnd und mühsam. Am Nachmittag floß dauernd leicht bräunlicher schaumiger Speichel ab. Der Körper ist mit kaltem Schweiß bedeckt. Die Gesichtsfarbe ist zyanotisch.

4. 5. Vormittag um 10.15 Uhr Exitus.

Zustandsbilder: Plötzlich erregt, benommen — rhythmische Pseudospontanbewegungen — akinetisch, unansprechbar —

Rededrang — zweimaliges Intervallum lucidum — hyperkinetisch, teils pseudospontan, teils choreaähnlich, teils ruckartig, dabei völlig orientiert — wilde Jaktationen — gezielte Ausdrucksbewegungen — Wortsalat — wilde Hyperkinese — rhythmisch betonter aus sinnlosen Silben und Lauten bestehender Rededrang, bald deutschen, bald französischen Sprachcharakters — bei zunehmender Benommenheit allmählich ruhiger — Schlafsucht — psychisch unauffällig — zunehmende Benommenheit.

Auf die ausführliche Krankengeschichte und Darstellung des Falles durch Schröder verweise ich. Ich habe sie hier noch einmal gebracht, weil ich den Fall selbst mit beobachtet habe und ein erneuter Hinweis auf ihn mir in Anbetracht seiner Interessantheit berechtigt erschien.

Im Hinblick auf die Verstehbarkeit der Dementia praecox als organischer Hirnschädigung weise ich auf die Intervalla lucida und die pseudospontanen Bewegungen z. T. gezielter Art bei völliger Orientiertheit hin.

Psychose bei Chorea.

Margarete Knütt, geb. 1909, in der Klinik vom 27. 3. bis 9. 7. 1928.

Keine neurologische oder psychotische Belastung. Keine Kinderkrankheiten. 1926 Rheumatismus. Vor ca. 14 Tagen plötzlich Fieber, über 38° C. Schlaflosigkeit, Zuckungen im linken Arm und in linker Schulter. Dabei viel phantasiert. Glaubte, sie würde beerdigt. Erkundigte sich nach dem Preis des Sarges, der für sie schon fertig sei. Die Angehörigen wollten sie vergiften. Bedrohte die Krankenschwester, die zu ihrer Pflege bestellt war. Läuten in den Ohren. Sie soll öfters grimassiert haben.

Aufnahme: Bei eindringlichen Fragen gut orientiert. Sich selbst überlassen, antwortet sie aber verwirrt. Weiß nicht, daß der Vater sie hergebracht hat. Spontan meint sie, man habe sie in einen Sarg gelegt, bei eindringlichen Fragen aber korrigiert sie dahin, daß es sich um eine verschlossene Tragbahre gehandelt habe. Behauptet, in der Zeitung habe bereits vor mehreren Wochen ihre Todesanzeige gestanden, sie habe sie selbst gelesen. Auf den Widerspruch hingewiesen gibt sie zu, noch zu leben. Kurze Zeit später aber äußert sie zu ihrem Vater, sie sei tot.

Aufnahmebefund: Schlechtes Allgemeinbefinden. Temperatur 38.4. Blasses Aussehen. Steigerung der Mitbewegungen. Im Rumpf, linken Arm und in der mimischen Gesichtsmuskulatur choreatische Unruhe. Langgezogenes systolisches Geräusch über der Spitze. 2. Pulmonalton akzentuiert, regelmäßig. Sehnenreflexe leicht gesteigert, links mehr als rechts. Babinski links stark, rechts schwach positiv. Hypotonie im linken Arm und Bein. Genaue Untersuchung nicht möglich.

28. 3. Somnolent. Zeitweise leicht delirant.

3. 4. Nichts Delirantes mehr, drängt oft hinaus, weinerlich somnolent. Ablehnend.

10. 4. Choreatische Unruhe erheblich zurückgegangen. Noch leichtes Fieber. Schlechtes Allgemeinbefinden.

15. 4. Linker Arm unauffällig, dagegen im rechten Arm leichte choreatische Unruhe. Keine Steigerung der Mitbewegungen in den Beinen. Mimische Muskulatur o. B.

25. 4. Schlechter Allgemeinzustand, kein Fieber mehr. Psychisch widersetzlich, antwortet nicht auf Fragen, sträubt sich gegen Untersuchungen, ist leicht gekränkt, beim Befragen vergräbt sie das Gesicht in den Händen.

1. 5. Psychisch noch auffällig, wirft den Teller fort.

28. 6. Beim Befragen Grimassen, ratlos, triebhaft unbeherrscht, schlägt nach dem sich ihr Nähernden, streift dem Arzt plötzlich den Ärmel ruckartig hoch, hält plötzlich ratlos inne. Bei der Sondenernährung starker Widerstand. Reißt den Gummischlauch heraus. Zorniger Gesichtsausdruck. Beißt Pflegerin in den Arm. Nach der Fütterung spontan: „Ich will nach Hause, über meinen Körper haben Sie gar nichts zu verfügen.“ Beim Besuch der Eltern mimisch freier, ungezwungene Freude und Unterhaltung. Incontinentia urinae. In der Vorlesung: Ratlos; aufgefordert, den Hörsaal zu verlassen, geht sie fast bis an die offen stehende Tür, dreht sich rückwärts um, schleudert ihren Filzpantoffel in den Hörsaal, krampfhaftes Lachen, bleibt dann ratlos stehen, äußert affektlos: „Wo soll ich denn nun hin?“

29. 6. Angezogen im Tagesraum. Sitzt steif im Sessel, wendet nur einmal den Blick zum Referenten, scheues Umsichblicken. Auf Anrede wendet sie ihr Gesicht dem Ref. zu, sieht dann wieder weg, knöpft dauernd an ihrem Ärmelknopf herum; trotz energischer Aufforderung sieht sie den Ref. nicht an; auf energisch-eindringliche Anrede verzieht sie wie verneinend grimassierend das Gesicht. Auf eine zugeworfene Blume und die Frage, was das sei, zuckt sie mit grimassierender Miene die Achsel, nach einiger Zeit nimmt sie die Blume plötzlich vom Schoß und wirft sie auf den Tisch. Dabei stets dieselbe steife Haltung, manchmal plötzlich lächelnde Miene. Wird dem Ref. gegenübergesetzt, wendet trotzdem den Kopf ab. Auf plötzliche Fragen, manchmal mit viel Gestik eine kurze Antwort. Widerstrebt ausgesprochen, wenn man ihre Hand nehmen will. Leeres Gesicht. Zeitweise ausgesprochen ratloser Gesichtsausdruck, keine innere Anteilnahme an der Umgebung. In der Motorik nichts Choreatisches mehr. Die Mimik wirkt sprunghaft, unmotiviert, grimassierend übertrieben. Ein auf den Sessel gelegter Hammer wird wie mit Affekt plötzlich auf den Boden geschmettert, zieht dabei eine Grimasse, als wenn ihr der Hammer ekelhaft wäre. Es wird ihr ein Pantoffel weggenommen: Grimasse; „Schuft“ undeutlich zu verstehen. Grimasse: wie der normale Ausdruck der Verachtung. Keine Echopraxie, keine Echolalie. Ist nicht zum Sprechen zu bringen. Es werden ihr Vorwürfe gemacht, dabei inhaltsleerer Gesichtsausdruck. In der ganzen Art steif, unberechenbar, uneinfühlbar, automatenhaft wirkend. Pantoffel auf die Schulter: schlägt nach

der Hand, murmelt etwas Unverständliches. Grimasse: halb wie Lachen, halb wie Verachtung dabei.

Aufforderung aufzustehen: reagiert nicht: wird aufgestellt, dabei triebhaft negativistisch widerstrebend, zieht den Pantoffel richtig an, zieht sich die Strümpfe richtig an, kommt dann auf Aufforderung zu Frl. Vog. (Manie!), auch bei dieser wie bisher ratlos, automatenhaft, negativistisch. Keine Bewußtseinstrübung!

29. 6. Reagiert in übertriebener Weise auf Bemerkungen anderer Patientinnen.

5. 7. Ratlosigkeit, spontan und reaktiv mutistisch.

9. 7. Auf Wunsch der Eltern entlassen.

Nachuntersuchung 15. 11. 1928. Seit Ende Oktober wieder choreatische Unruhe und zwar im Mund, linken Arm, linken Fuß und Zehen, nur wenig auf der rechten Seite. In den linken Extremitäten Hypotonie. Gutes wohlgenährtes Aussehen, psychisch unauffällig. Erinnernt sich an viele Einzelheiten ihrer psychotischen Episode, kann aber nicht angeben, warum sie sich so verhalten habe. Sie sei ärgerlich gewesen. Die ersten 3 Wochen nach der Entlassung unverändert wie in der Klinik, dann schnell zunehmende Besserung des psychischen Verhaltens.

Die Zustandsbilder waren demnach in chronologischer Reihenfolge: delirant — somnolent, weinerlich, ablehnend — negativistisch, mutistisch — ratlos, triebhaft unbeherrscht — steife Haltung — starkes psychomotorisches Grimassieren, negativistisch, ratlos, keine innere Anteilnahme an der Umwelt, steif, unberechenbar, automatenhaft — eine Bewußtseinstrübung war nie erkennbar, völlige Heilung.

Choreapsychose.

Fall 1. *Berta Stricker*, geb. 1893. Angaben des Vaters und Mannes: Keine erbliche Belastung. 6 gesunde Geschwister, normale erste Entwicklung. Mit 15 Jahren Gelenkrheumatismus mit Herzfehler; war in klinischer Behandlung. Nie etwas Veitstanzähnliches weder in der Familie noch bei Patientin selbst.

Keine körperlichen Krankheiten vorausgegangen: 2 gesunde Kinder. Vor 4 Wochen die ersten Anzeichen der jetzigen Erkrankung.

Das Essen schmeckte ihr nicht mehr: kein Erbrechen, kein Fieber. In der Nacht vom 23.—24. 4. 1915 stöhnte sie viel, wälzte sich im Bett umher, gab als Grund an, sie habe schlechte Gedanken im Kopf. In den folgenden Nächten schlaflos. Liegt seit dem 21. wegen Kreuzschmerzen im Bett. Seitdem unruhig, hastig, greift mit den Händen in der Luft umher. Seit gestern morgen spreche sie durcheinander. Heute morgen um 3 Uhr unruhig, schrie auf, schwitzte dann stark und schlief wieder ein. Nachmittags wieder erregt, griff mit den Fingern in der Luft herum.

27. 4. 1915. Aufnahme in die Klinik. Körperlicher Befund: Schwangerschaft im 3. Monat. Herzfehler. Eiweiß schwach +, einige granulierte Zylinder. Passive Beweglichkeit etwas herabgesetzt (?). Neurologisch ohne Befund.

Psychisch: Sehr erregt; erhält alsbald 1 mg Skopolamin. Schläft dann 1 Stunde. Darauf zunehmend furibunder Erregungszustand: schreit unartikuliert auf, wälzt sich umher, bäumt sich im Bett auf, schlägt mit den Armen umher, bohrt den Kopf in die Kissen, fährt mit den Armen wild in der Luft umher, wühlt in den Kissen, versucht aufzuspringen. Gelegentlich schreit sie „Mutter, Mutter!“ $\frac{3}{4}$ 11 Uhr nachts 1 mg Skopolamin, schlief von $\frac{1}{2}$ 12 bis $\frac{1}{2}$ 1 Uhr, dann wieder außerordentlich erregt. Nichts Stereotypes, nichts Choreatisches. Ist nicht ansprechbar, schreit auf, versucht aus dem Bett zu springen. Um $\frac{3}{4}$ 3 Uhr erneut 1 mg Skopolamin ohne erheblichere Wirkung. Wird um $\frac{1}{4}$ 4 Uhr gewickelt, da es der Nachtwache nicht möglich ist, sie im Bett zu halten. Auch in der Packung weiter stark motorisch erregt, so daß sie gehalten werden muß. Nur kurze Pausen in der Erregung. Schläft nicht. Gesicht zyanotisch. Lippen trocken, borkig belegt. Puls kaum zu fühlen. Temperatur 39.2. Unsauber mit Urin.

28. 4. Immer noch sehr erregt, schlägt mit Händen und Füßen um sich. Bewegung heute deutlich choreatisch. Ihre Extremitäten sind in fortwährender ausfahrender typisch-choreatischer Bewegung. Ab und zu schreit sie laut auf, steht hoch im Bett auf, wirft die Betten auf die Erde. Öfters Brechreiz. Nahrungsaufnahme gut. Ruft nach der Mutter, will ihren Mann sehen, will in ihr Zimmer, „sonst muß ich verbrennen“. Gibt auf Befragen an, in der vergangenen Nacht habe sie ein Mann im letzten Augenblick aus dem Feuer gezogen, sie sei vollkommen verbrannt. Tagsüber frei. Gibt in den kurzen ruhigen Zeiten richtig Auskunft, klagt über Kopfschmerzen und Durst. Kein Krankheitsgefühl. Temperatur abfallend, gegen Abend 38.9. Gibt den Monat richtig an, weiß aber den Tag nicht. Macht zutreffende Angaben zur Vorgeschichte.

29. 4. Schief nachts von 11 bis $\frac{1}{4}$ 1 Uhr. Dann wieder sehr erregt, wälzte sich im Bett umher, schrie auf, klagte über Schluckbeschwerden, ihre Ohren müßten eingespritzt werden, sie hätte Schmerzen darin, sie könne keine Luft durch die Nase bekommen, nicht Milch trinken, da sie sich sonst verschlucke. Jammerte zeitweise nach der Mutter. Tagsüber wieder sehr erregt, jedoch ist das Choreatische in den Bewegungen nicht mehr so deutlich. Öfters Brechreiz, geringer trockener Husten, dreimal unsauber mit Stuhl; Nahrungsaufnahme gut. Temperatur abfallend, gegen Abend unter 37°.

30. 4. Nachts schlief sie einige Stunden. Nur leichte allgemeine, nicht choreatische Unruhe. Tagsüber schläft sie stundenweise fest. Nahrungsaufnahme gut. Temperatur gegen Morgen 37.2, Puls 110.

1. 5. Schief nachts leidlich gut, rief laut nach ihrer Mutter, sie solle sie abholen, sie sei krank gewesen, jetzt aber schon lange wieder gesund, sie heiße nicht St., sondern V. (Mädchenname); schmiert auch mit Kot. Nachmittags gereizte, weinerliche Stimmung; warf die Betten in den Saal, rief öfters „Paul!“, schlug nach der Pflegerin, als diese ihr die trockenen Lippen einfetten wollte.

2. 5. Nachts anfangs zwar schlaflos, aber ruhig; versuchte dann fortwährend sich aus dem Bett zu stürzen, stand im Bett auf, 1 mg Skopolamin. Tagsüber wieder ziemlich unruhig. Gereizte, weinerliche Stimmung, aggressiv; paranoisch: „Ihr habt mich vergiftet mit grüner Seife. Mutter, die wollen mich totschiessen, ich bin doch kein Russe, ich will

meinen Ring haben, der ist mir weggenommen worden“; Temperatur 37,2, Puls 110.

3. 5. Nahrungsaufnahme gut; schimpfte nachts viel, schlug mit den Fäusten gegen die Bettbretter, schlief jedoch im allgemeinen leidlich gut. Nachmittags sprang sie aus dem Bett, zog sich nackt aus, lief im Saal umher, schlug auf die Pflegerin ein, als diese sie zu Bett bringen wollte, ließ sich keine Salbe auf die Lippen schmieren, „ihr wollt mich vergiften“; unsauber mit Urin und Stuhl, „ich habe das nicht nötig, aufs Klosett zu gehen, ihr könnt mich ja sauber machen.“ Temperatur 37,2.

4. 5. Versucht immer noch aus dem Bett zu klettern und im Saal herumzulaufen, lag spontan 2 Stunden lang mit hoch emporgehobenen Armen steif da, schlug dann mit den Fäusten fortwährend gegen die Bettbretter, warf die Betten in den Saal, aß fast gar nichts; nachts warf sie fortwährend die Bettdecke auf den Boden. „ich habe so oft gerufen . . . die Feuerglocken . . . aber kein Mensch hat es beachtet . . . ja, da liegt sie nun und blutet . . . auch meine kleinen Kinder . . . nein, nein, ich bin nicht hingegangen, um meine Mutter zu töten . . . ach Gott, hilf mir, ich habe es nicht getan . . . sie haben mir alle so viel geschenkt . . . ja, ja, so ein alter Mann . . . Mutter, wie haben die wohl über uns getanzt, alle zusammen . . . Mutter, hüte dich, gib bloß acht . . .“ Tagsüber ziemlich ruhig, zeitweise jedoch gereizt; weint, schreit auch wieder laut und unartikuliert. Nichts Stereotypes oder Choreatisches. Kniegelenke schlaff. Klagt über Schmerzen im Arm, beim Lippenanfeuchten schlägt sie zu, „ich bin doch gestorben . . . ich lag die ganze Nacht in der Scheune.“ (Wo? hier?) „Im Logenhaus.“ (Sind Sie die Frau Stricker?) „Nee.“ Antwortet sehr schlecht, fixiert den Fragenden meist nicht.

5. 5. Ist negativistisch. (Zunge zeigen!) „Ich habe ja keine Zunge.“ (Mund auf!) (—) (Wo, hier?) „Im Schweinestall.“ (Spontan): „Das sind schöne Gäste . . . die Maden haben mich aufgefressen.“

10. 5. Stets weinerlich und gereizt; wirft mit Bettstücken um sich, lag einen Tag lang nackt im Bett. (Warum?) „Ich bin doch betrunken.“ Schreit sehr häufig auf. Ist unsauber mit Urin. Dauernde Bewegungsunruhe: weint, spricht vor sich hin, jammert viel, „die Feuerglocken haben sie mir gemacht . . . sie haben mir alle Knochen zerbrochen.“ zeigt die Zunge auf Aufforderung nicht, „sie haben mich ins Wasser gestoßen.“ Sprache verwaschen.

12. 5. Alle Gelenke schlaff, die Finger sind fortwährend in choreatiformer Bewegung; kleine, zuckende Spreiz- und Streckbewegungen der Finger. Übertriebene Mimik. Stimmung weinerlich, ärgerlich; schimpft in groben Ausdrücken. Auf eine Frage nach ihrem Mann: „Das ist nicht mein Mann . . . der Teufel, der mich erschossen hat.“

19. 5. Auf der Abteilung beständig sehr unruhig; schreit, schimpft, weint, versucht sich aus dem Bett zu stürzen. ist gelegentlich unsauber mit Urin. Seit heute früh Exanthem am ganzen Körper: das Gesicht ist frei. Temperaturanstieg auf 40,1; Nahrungsaufnahme stets gut.

20. 5. Temperaturanstieg bis über 40°, Exanthem etwas abgeblaßt. Diagnose (Prof. Groß): Mitralstenose + Mitralinsuffizienz, Endokarditis, septisches Exanthem (Skarlatoid).

24. 5. Das Exanthem ist vollständig zurückgegangen, die Temperatur unter 37 gesunken. Verhalten gestern noch unruhig; lachte und sprach vor sich hin, war aber motorisch bedeutend ruhiger und nicht mehr aufgeregt, gab jedoch keinerlei verständliche Auskunft. Ist heute vollkommen ruhig, spricht mutistisch auch auf Befragen nicht. Nahrungsaufnahme heute schlecht. Große Mattigkeit. Die zuckenden Bewegungen der Hände bestehen nicht mehr. Schlechter Puls. Temperatur abends 38°.

31. 5. Verhielt sich in den letzten Tagen viel ruhiger; weinte manchmal, gab jedoch auf Fragen nach ihrem Befinden ein paarmal sinngemäß Auskunft. Wurde heute nach der ruhigen Abteilung verlegt.

4. 6. Sitzt im Bett und liest in der Zeitung. (Warum unsauber?) Antwortet nicht. (Wie geht's?) Antwortet nicht. (Kopfschmerzen?) Schüttelt den Kopf. (Können Sie reden?) Nickt. Auf Fragen bezüglich ihrer Orientierung antwortet sie nicht; kennt auch Professor Schröder nicht. (Wo hier?) „Greifswald.“ Auffassung noch sehr verlangsamt, Aussehen blaß und matt; schlechter Puls. Schlaf und Nahrungsaufnahme gut; weint zeitweise noch leise und spricht Unverständliches.

7. 6. Ist nicht mehr unsauber. Gibt gut Auskunft, beginnt aber dazwischen plötzlich zu weinen: „Frau St. war ich; bin ich auch noch.“ (Krank?) „Nee, ich bin ganz gut; ich kann aufstehen und alles.“ (Aufgestanden?) „Alle Tage bin ich auf gewesen.“ (Stimmt nicht.) (Wo hier?) „Greifswald.“ (Alter?) „21 Jahre.“ (Wie lange hier?) „6 Wochen, nicht?“ Rechnet eine Additionsaufgabe richtig aus. (Viel Angst gehabt?) „Ach nein, mir geht's ganz gut.“ (In anderem Zimmer vorher gelegen?) „Ich bin immer schon hier gelegen.“ (Leib in Ordnung, untersucht worden?) „Nein, gar nicht.“

9. 6. (Krank gewesen?) „Ja, im Kopfe.“ (Schmerzen gehabt?) „Ja.“ (Wie angefangen?) „Es ist wohl so 6 Wochen her.“ (Monat?) „Sommer. Ich habe noch gar nicht gefragt.“ (Pfingsten?) „Da war ich zu Hause.“ (23. 5.) (Schlechte Gedanken?) „Ich konnte nachts nicht schlafen.“ (Wer hergebracht?) „Mein Mann.“ (Wie hierher gekommen?) „Wohl mit dem Wagen.“ (Aufgeregt gewesen?) „Ja, das weiß ich; der Kopf war ja so sehr schwach, aber jetzt geht es ja.“ (Gesagt, Sie mußten verbrennen?) „Jetzt geht es ja; jetzt bin ich ganz ruhig.“ (Vergiftungsfurcht?) „Das weiß ich nicht.“ Antwortet auf Fragen nach ihren Erregungszuständen stets: „Jetzt bin ich ja wieder gesund; ich möchte nach Hause.“ Schwitzt plötzlich stark auf der rechten Stirnhälfte. Gibt an, daß sie in der Schule gut gelernt habe; hat jedoch nur eine dreiklassige Dorfschule durchgemacht. Gelenke etwas schlaff; fühlt sich belustigt durch die Untersuchung.

14. 6. (Waren Sie krank?) „Ja, der Kopf, der war nervenschwach, wovon, weiß ich auch nicht.“ (Wissen Sie, daß Sie am Körper gezuckt haben?) „Ja, mit den Fingern habe ich gezappelt, jetzt aber nicht.“ Nur ganz oberflächliche Krankheitseinsicht. Kann sich nicht mehr daran erinnern, daß sie das Gefühl des Verbrennens gehabt hat. Blasses Aussehen. Macht einen geordneten, luziden Eindruck. Vitium unverändert. Spricht langsam, mit etwas müder Stimme. Unterhält sich angemessen mit dem sie besuchenden Manne; drängt nach Hause. In letzter Zeit nichts Motorisches mehr. Wird auf Drängen des Mannes entlassen.

15. 2. 1919. Nachuntersuchung: Völlig unauffällig und gesund. Hatte sich nach der Entlassung aus der Klinik schnell erholt.

Zustandsbilder: delirant — Delirium acutum — Chorea — Intervalle von Bewußtseinsklarheit ohne Krankheitsgefühl — erregt — allgemeine Unruhe ohne choreatischen Einschlag — gereizte weinerliche Stimmung — aggressiv, paranoisch, Haltungsstereotypien — inkohärent — gereizt, weint, lautes Schreien — über ihre Person desorientiert — „ich bin gestorben“ — negativistisch — Bewegungsunruhe — choreatiforme Motorik — weinerlich, ärgerlich — lacht vor sich hin — mutistisch — Auffassung verlangsamt — Abklingen mit zunächst oberflächlicher Krankheitseinsicht.

Es hat sich mithin um eine Psychose gehandelt, die mit einem furibunden Erregungszustand einsetzte, an dem nichts Choreatisches auffiel. Am folgenden Tage bestand immer noch das gleiche Bild des *Delirium acutum*, es zeigten sich jedoch zum ersten Male deutlich choreatische Bewegungen. Nicht neu ist die Beobachtung, daß die choreatische Unruhe zeitweise schwand. Ungewöhnlicher dagegen sind die dann in Erscheinung getretenen hyperkinetischen psychomotorischen Erscheinungen. Dazu rechne ich u. a. das Aufstehen im Bett, das Trommeln mit den Fäusten gegen die Bettbretter, das Nackend-ausziehen, das Im-Saal-umherlaufen, den Versuch, sich aus dem Bett zu stürzen, das zweistündige Liegen mit emporgehobenen Händen und den Rededrang.

Auch die von Kleist hervorgehobene akinetische Verlaufsweise ist hier nachzuweisen. In diese Richtung gehört der Mangel an Spontanität (Kleist), der beim Abklingen der Psychose auftrat und die Denkräglichkeit. Dazu kamen negativistische Elemente.

Sehr charakteristisch war die weinerlich gereizte Stimmung, die im Verlauf der Psychose hervortrat. Ein hypomanisches Nachstadium (Ewald) sah ich nie. Die prämorbid affektive Persönlichkeit ist auch hier für die affektive Färbung von Bedeutung.

Für die gesamte Psychose, soweit sie akut verlaufen war, bestand Amnesie. Die Krankheitseinsicht war bei der Entlassung noch oberflächlich.

Das Lehrreiche dieses Falles liegt besonders in der Kombination von typisch-choreatischen und andererseits von solchen Bewegungsstörungen, die man auch bei den Motilitätspsychosen findet.

Auch eine Graviditätschorea halluzinierte lebhaft und zeigte hyperkinetische Erscheinungen, wie dauerndes Drehen um die Längsachse, Wälzen auf dem Boden, plötzliches Zerreißen ihres Bettzeuges, plötzliches Verlassen ihres Bettes ohne ersichtlichen Grund, dauerndes Wickeln der Haare um den Kopf.

Überhaupt zeigt auch der von mir berichtete Fall wieder, daß zeitweise die Differentialdiagnose gegenüber den Motilitätspsychosen oder der Amentia Schwierigkeiten haben kann, z. B. im Beginn, aber auch in den deliranten Phasen des Verlaufes. Das Eigenartige liegt bei dieser Erkrankung eben in der typischen choreatischen Bewegung, und ist allein daraus in jeder Verlaufsphase zu diagnostizieren. Bei keiner anderen Infektionskrankheit sind wir in ähnlich günstiger Lage.

Daß wir bei der Chorea auch exogene Reaktionstypen im engen Sinne sehen, ist nicht verwunderlich, da es sich um eine Infektionskrankheit handelt.

Rezidierte symptomatische Psychose (Amentia-bild).

Fall 2. Frau Marie B. 1908 erste Erkrankung. Vorgeschichte: Keine erbliche Belastung. In der Schule „ein bißchen dumm.“ Stets Dysmenorrhöe. Fünfmal geboren, 4 Kinder leben.

Vor 4 Wochen Geburt ohne Kunsthilfe. Nach 3 Tagen Mastitis links. $\frac{1}{2}$ Stunde nach 2. Inzision derselben, verworrene Reden, sie und der Doktor müßten sterben, versuchte, sich zu strangulieren, wurde ganz starr am Körper. Visionen. Knirschte stark mit den Zähnen.

Bei Aufnahme in die Klinik schwerste ängstlich-delirante Erregung, Hyperkinese, Rededrang in monotoner, verbigerierender Weise, „Teufel geh' ein Stück . . . Doktor laß die Glocke stehen auf Stück . . . Vatting geh, was hab' ich getan . . . der Doktor kommt herein . . . Großvatting bleibt tot bis die Uhr steht . . . Ich muß den Doktor rufen . . . Die Welt vergeht, die Welt vergeht . . . ich hab' an dich gedacht . . . Mein Mann hat nichts getan . . . Madam hat mehr Kraft . . .“ Iterierte diese Ausdrücke lange Zeit. Von Zeit zu Zeit universeller tetaniformer Krampf, der passiv nicht zu überwinden ist. Trismusartiges Zähneknirschen. (Anscheinend willkürliche Abwehrbewegungen, die fast ausschließlich auftreten, wenn jemand der Kranken naht oder sie anfaßt.) Temperatur 38. Puls 130. Urin: Albumen. Redet viel von Feuer oder „der Düwel kommt“. Beim Versuch, sie zu füttern, wieder „Starrkrampf“. Äußert öfters „ich muß verbrennen“. Am nächsten Tage 41°. Stundenlanges Verbigerieren von Worten. Aggressiv gegenüber den Pflegerinnen. Erysipel. Neurologisch o. B. Typische, haschende, greifende, delirante Bewegungen. Flockenlesen, Pillendrehen. Gegen Abend Fechterstellung beider Arme.

2. 12. 1907. Temperatur wiederholt 35.8. Kleinpustulöses Exanthem. Tagsüber völlig benommen, führt ständig langsame energisch-innervierte, konvulsivische Bewegungen mit den Extremitäten und dem Rumpf aus. Häufig blitzartiges Zucken mit beiden Mundwinkeln. lebhaftes Grimassieren. Abends Aufhellung des Bewußtseins, beginnt Eindrücke der Umgebung in ihre sprachlichen Äußerungen zu verarbeiten. Öfters lautes Auflachen. Schreit nach Luft, redet vom Teufel, von Feuer, vom Verbrennen.

3. 12. Augenuntergrund normal. Temperatur 41.3. Enormer Angsteffekt. *bedrängte Bewegungen*. Temperatur 41. Ist plötzlich *luzide*, gibt gut Auskunft über ihre Personallien. Wird in recht klarem Zustande in der Vorstellung *vorge stellt*. Abends wieder zunehmende Hyperkinese. Angst. *Flicht sich automatisch die Haare auf und zu*, viel Zahneknirschen, spuckte Wasser, trotzdem sie danach verlangte, stets aus. Nach zweimaliger Kampferinjektion Abklingen des Angsteffektes. Rededrang, aber geordneten Inhalts.

4. 12. Para- und Perimetritis (Prof. Henkel). Somnolenz. Im Schlaf oft *Pseudospontanbewegungen*: hebt plötzlich die Kissen hoch, stößt mit den Füßen gegen die Bettwand, winkt oft mit den Händen, nickt mit dem Kopfe. Nachts kritischer Abfall der Temperatur auf 36.6. Schläft viel. *Glaubt, ihre Angehörigen seien unten*, will, daß diese hereingerufen würden. Blutuntersuchung ergibt keine Bakterien. Das Ekzem hat sich an den Händen zu zusammenschießenden panaritiumartigen Schwellungen umgebildet.

7. 12. An den Händen abszeßartige Schwellungen mit Sequestrierung. Temperatur normal. Leichte Dyspnöe, fleht um Luft. Ängstlich gegenüber dem Arzte. Hält daran fest, daß ihre Angehörigen in der Nähe sein müßten. Nachmittags Besuch des Mannes. Geordnete Unterhaltung.

9. 12. Noch immer leicht benommen. Stirn und Nasenspitze ständig mit Schweiß bedeckt. Zeitweise leichte Delirien, redet von Verbrennungen, sie sei doch unschuldig, man wickele ihre Finger nur deshalb ein, damit sie nicht mehr essen könne, weil man nichts mehr zu essen habe.

15. 12. Krankheitseinsicht. Amnestisch für die Überführung von Hause in die Klinik.

17. 12. Liegt regungslos mit geschlossenen Augen, beginnt zu weinen, fragt ängstlich, ob sie auch hierbleiben dürfe. „alles was hier gesprochen wird und drüben in der Küche, das gilt alles mir, sie höre es ganz genau. Am 22. 12. aus denselben Gründen wieder sehr ängstlich, hört ihren Namen rufen.“

24. 12. Wiederum unruhig. „mein ältester Sohn ist gestorben“.

30. 12. Stimmungswechsel, starke psychomotorische Hemmung. Lacht zeitweise viel vor sich hin, beantwortet Fragen nach ihrem Befinden mit „gut“.

5. 1. 1908. Hyperthymisch oder gehemmt. Lacht oft laut auf, es spreche fortwährend im Saal. Außerordentlich langsame, schwerfällige, heisere Sprechweise.

17. 1. Stimmungsumschlag. Stark depressiv und ängstlich. Im Bad angsterfülltes Schreien, sie höre schreckliche Dinge aus der anderen Zimmerecke. Auf die Narben an den Händen zeigend in gereiztem Ton, „ich habe was an der Brust gehabt, als ich hierher kam, aber nicht das am Finger. Ich verlange, daß mir das weggemacht wird.“ Behauptet, die Studenten hätten Drohungen gegen sie ausgestoßen. Ein Wasserstrahl sei gekommen, „der wollte mir was. Ich habe geglaubt, mein Mann habe das getan“. Auch einen Schuß habe sie gehört, auch sei sie mit Petroleum eingerieben worden, und im Bett sei etwas über sie gestrichen worden. (Spontan.) „Verzaubert haben sie mich. Ich sollte der Erlöser sein. Die Sünden, die die anderen Kranken im Saale getan hatten, die habe ich im Fieber auf mir gehabt und mußte damit herumlaufen.“ (Wer

spricht denn jetzt immer zu Ihnen?) „Ihr alle, heute den ganzen Tag schon haben die Herren Studenten geredet. Ich hatte gesagt, Sie wären Freimaurer.“ (Welche Studenten?) „Da oben, die da klopfen.“ Zeitlich und örtlich exakt orientiert. amnestisch nur für den Tag der Einlieferung. Körperlich sehr erholt, auffallend grober, stumpfer Gesichtsausdruck. Schwerfällige, heisere Sprechweise.

19. 1. Heiter, lacht viel, impulsiv, unterhält sich nicht. Schläft viel, äußert, „es spricht immerzu“.

30. 1. Abends plötzlich Angstraptus, zittert am ganzen Körper, starrt verstört um sich, heult, schreit. „Ich werde hier mondsüchtig, der ganze Saal ist verzaubert, allerhand stellt Ihr hier mit mir auf. Stechen Sie mich nicht wieder, tun Sie mir nichts.“ Erhält Chloral. Nimmt es erst nach langem Zögern sehr mißtrauisch. Gewichtszunahme von 6,7 kg, in der letzten Woche 1,5 kg Gewichtsverlust. Heute sehr blaß, zyanotisch, wieder enorme Schweißproduktion der Hand- und Fußflächen. Reflexsteigerung. Herzfehler. Aktion des Herzens auffallend langsam und unregelmäßig. Bei der Exploration sehr ängstlich. Fürchtet, ermordet zu werden. „Der Herr Professor will mich totmachen . . .“ (unbändiges Gelächter). „Herr Professor hat eben gesagt, ich wollte zum Gericht.“ Hält sich nicht für krank. Örtlich und über ihre Person gut orientiert. Irrt sich im Datum um 10 Tage, in der Jahreszahl um 2 Jahre. Hält daran fest.

15. 3. Bisher meist Phoneme ängstlicher Art. Jetzt stiller, aber meist gehoben, lacht viel vor sich hin, dissimuliert.

19. 3. Kleine Handarbeiten im Tagesraum, unterhält sich lachend, drängt auf Entlassung, behauptet, sie sei jetzt völlig gesund. Lehnt ab, einen Brief nach Hause zu schreiben, das nütze doch nichts. (Sinnestäuschungen?) „Das habe ich mir nur eingebildet.“

28. 3. Bisher freundlich und zuvorkommend und fleißig. Heute verdrossen und einsilbig. „Ach, zu Hause wollen sie nichts von mir wissen, sonst hätten die sich wohl um mich bekümmert.“ Will nicht schreiben, „das habe doch keinen Zweck“.

1. 4. Heute vom Ehemann abgeholt. In den letzten Tagen geordnet, leicht gehobener Stimmung, lächelt Ref. bei Begegnung freundlich an, erklärt, es gehe ihr wieder ganz gut. Negiert Phoneme, erkennt die früheren als solche an. Äußert sich kritisch und einsichtig über die abgelaufene Erregung. Zieht ihre früheren Beschuldigungen zurück, daß die Ärzte ihr das Exanthem absichtlich beigebracht hätten, dankt für die gute Behandlung. Hat in letzter Zeit sehr eifrig gearbeitet. Auffällig ist nur noch die geringe Neigung zu Geselligkeit. Soll aber nach der Aussage des Mannes von jeher „etwas einsilbig und dumm“ gewesen sein.

II. Aufnahme. In der Folgezeit unauffällig. 5 normale Geburten. Besorgte ihren Haushalt selbständig und gut. War in Angaben „ruhig und sachlich“. 1916 wurde ihr Mann eingezogen. Bekam in dieser Zeit falsche, beunruhigende Nachrichten über ihn, hörte ihn u. a. einmal totesagt. Als der Mann 1917 vom Militär nach Hause entlassen wurde, fand er seine Frau „sehr mißmutig und niedergeschlagen“. ½ Jahr vor ihrer zweiten Erkrankung starker Haarausfall und Aufhören der Menstruation. In den letzten Wochen klagte sie über Magen- und Rückenschmerzen, zuletzt über Genickschmerzen.

Aufgenommen 2. 9. 1917. Seit 3 Tagen psychisch auffällig. Bei der Aufnahme ängstlich-delirant. Fahl-anämische Gesichtsfarbe. Allgemeine motorische Unruhe. Redete in eintöniger Weise verbigerierend, ächzend vor sich hin. „Arbeit, Arbeit, Tod, Tod . . . tut, tut . . . Mistwagen, Mistwagen, Mistwagen . . . Du Hund, du Hund . . . ich habe alles versoffen, ich habe alles versoffen . . . Hund schüttele mich . . . Regen schüttele mich . . . die Uhr die schlägt . . . das Schlüsselloch schließt . . .“ Bei Anrede Flüster-ton. schmatzende, kauende, schlürfende Bewegungen mit dem Munde. Hält sich die Hände vor das Gesicht, sieht den Fragenden ängstlich-ratlos an. Tritt man näher an ihr Bett heran, so macht sie Abwehrbewegungen mit den Armen. Spannt die Muskulatur der Arme und Beine krampfhaft an. Hält die Arm- und Beingelenke mit aller Kraft steif, so daß es fast unmöglich ist, die Starre zu lösen. Reagiert auf Fragen nach ihrem Namen nur mit Abwehrbewegungen, schmatzenden und schnaufenden Bewegungen des Mundes. Sich selbst überlassen inkohärenter Rededrang. „Die verwünschten Weiber wollen mir das Leben nehmen . . . die haben ihren jüngsten Sohn hingegeben . . . mehr geben sie nicht ab, mein Vater will das Geld wiederhaben, was soll das hier . . . die verwünschte Welt . . . wie kann das so was geben, was kann ich springen, was kann ich tanzen . . . laß das doch“ usw. Man haue ihr alle Zähne heraus, mit der Schere wolle sie den Teufel totstechen. Beim Füttern sehr ängstlich, mit entsetzten Blicken. wehrt ab, schlägt nach der Pflegerin. Temperatur gegen Abend 37.5. Über der rechten Lunge hinten vorn unten ausgedehnte Dämpfung. Typisches Bronchialatmen, reichlich-zäher, gelblich-bräunlicher Auswurf. Ist weiterhin sehr ängstlich, erregt. Neigung zu Klangreimen, rennt im Saal umher, schreit nach Wasser, ruft laut um Hilfe. Temperaturanstieg auf 39.7. In den nächsten Tagen intermittierendes Fieber bis an die 40 Grad. Dauernd delirant, ängstlich, unruhig. Schmatzen, Schnaufen. Bei Annäherung krampfhaft Anspannung der Körpermuskulatur. delirante Greifbewegungen. Nahrungsverweigerung. Reagiert zeitweise auf Anrede gar nicht.

6. 9. Immer noch unruhig, nachts wenig Schlaf, verbigeriert viel.

8. 9. Sehr apathisch.

9. 9. Benommen, reagiert nicht auf Anruf, macht einförmige, sich wiederholende Greifbewegungen mit beiden Händen in der Luft, bewegt die Beine unruhig hin und her. Nahrungsverweigerung.

10. 9. Redet leise und unverständlich vor sich hin, zitternde Bewegungen mit den Armen oder Greifbewegungen mit den Händen. Röchelnde Atmung.

11. 9. Exitus.

Autopsie (Geh.-R. Grawitz): Reichlicher Blutgehalt im ganzen Spinalkanal. Rückenmark makroskopisch unauffällig. Gehirn: Die Venen der Pia bis in die kleinsten Verästelungen stark gefüllt. Bei Herausnahme des Gehirns fällt außerordentlich auf, daß statt einer Hypophysis in dem Türkensattel ein rundes Loch vorhanden ist, scharf von einem Durarand begrenzt, das eine halbkugelige Höhle am Boden des Türkensattels erkennen läßt, von glatter blauerter Haut überzogen, als wenn ein flacher Stein eines Siegelringes aus seiner Fassung herausgenommen wäre. Die Processus klinoidi rechts sind sehr mangelhaft ausgebildet. Von einer eigentlichen Hypophyse ist nichts zu sehen. Nur ein weiches Polster von etwa 2 mm Dicke füllt den Grund

des Türkensattels aus. Es wird aus einer auffallend tiefen Sattelgrube die vorhandene Hypophyse herausgenommen. Die Grube mißt 2 cm im Frontaldurchmesser, $1\frac{1}{2}$ cm im Sagital- und 2 cm im Tiefendurchmesser. Es macht fast den Eindruck, als wenn in der herausgenommenen kleinen Hypophyse eine dünnwandige Zyste geplatzt wäre, so daß die erwähnte rote glatte Innenfläche dem Boden einer solchen Hypophysiszyste entspreche. An der Gehirnbasis sind die Arterien dünnwandig, zart und stark gefüllt. Reichlicher Blutgehalt in der Großhirnmarksubstanz und in der Rinde des Kleinhirns. Auch die Kerne im Streifenhügel zeigen eine bläuliche Kapillarhyperämie. Hirnhöhlen von mittlerer Weite. Brücke sehr blutreich.

Schlanke, mittelgroße, weibliche Leiche, Füße klein, ebenso die Hände. Am Bauch mißt das Fettpolster etwas mehr als 2 cm.

Herz: Ziemlich reichliche Fettschicht überzieht die Basis und den Verlauf des Septums. Durch das Perikard des rechten Ventrikels sieht man drei submilliare weiße Herdchen durchschimmern. Herz etwas größer als die Faust der Leiche. Muskulatur schlaff. Im rechten Unter-, aber auch im Mittel- und Oberlappen frische ausgebreitete Bronchopneumonie. Milz ist kaum vergrößert.

Uterus: Muttermund dunkelblau durch oberflächliche Schleimhautblutungen. Uterus groß, Kavum 8,3 cm, größte Dicke 25 mm. Der Fundus ist von einer 2—3 cm dicken weichen, grauroten Schleimhautschicht eingenommen. An der hinteren Wand eine starke, anscheinend deziduale Wucherung. Rechtes Ovarium groß, enthält drei fibröse Körper. Links eine 1 cm dicke, glattwandige Höhle, kein frisches Corpus luteum.

Zustandsbilder: Schwerste ängstliche delirante Erregung — Hyperkinese — verbigerierender Rededrang — universeller tonischer Krampf — langsame energische konvulsivische Bewegungen — motorische Reizerscheinungen im Gesicht — lautes Auflachen — plötzlich luzide — Hyperkinese, Rededrang — Pseudospontanbewegungen — Halluzinatorisches — leicht benommen — leicht delirant — halluziniert — starke psychomotorische Hemmung — lacht oft auf — Angst — Halluzinose mit guter Orientierung hypomanischer Affekt — Angstraptus — dissimuliert — leicht gehobene Stimmung.

2. Aufnahme: ängstlich — delirant — verbigeriert — ängstlich, ratlos — negativistisch — motorische Reizerscheinungen in der Mundmuskulatur — inkohärenter Rededrang — Angst — Klangreime — delirant — verbigeriert — benommen — Pseudospontanbewegungen.

An diesem Fall ist zunächst hervorzuheben, daß die Kranke im Verlaufe ihres Lebens zweimal an einer symptomatischen Psychose erkrankte. Das erste Mal im Anschluß an eine Mastitis, das zweite Mal im Anschluß wahrscheinlich an eine Bronchopneumonie oder Hypophysenerkrankung. Es sind diese Fälle besonders interessant im Hinblick darauf, inwieweit die Veranlagung bei der Neigung zu

bestimmten Reaktionsweisen eine Rolle spielt. Familiär bestand keine Belastung. Bei der Patientin selbst ist außer einem leichten Schwachsinn nichts besonderes hervorzuheben.

Auf therapeutische Eingriffe reagierte sie mit ängstlichen Beeinträchtigungsvorstellungen. Interessant ist ihre Angabe, daß sie die Sünden der anderen Kranken auf sich gehabt und damit habe herumlaufen müssen.

Es bestand ferner kein Krankheitsgefühl. Trotzdem die örtliche und die grobe zeitliche Orientierung verhältnismäßig schnell zurückkehrte, blieben doch noch einige Monate lang die Phänomene bestehen, die sie zeitweilig dissimulierte, aber nicht zu erklären oder zu systematisieren suchte.

Bei der Entlassung bestand gute Krankheitseinsicht. In den folgenden 9 Jahren war Patientin unauffällig.

1917 scheint eine Depression, zweifelhaft ob reaktiver Natur, bestanden zu haben.

Bei der zweiten Aufnahme in die Klinik handelte es sich, ähnlich wie bei der ersten Aufnahme, um stark ängstlich-delirante und halluzinatorische Zustände. Das Verbiggieren, der Rededrang und die hyperkinetischen Erscheinungen wurden in ähnlicher Weise wie beim ersten Male beobachtet.

Besonders bemerkenswert wird der Fall durch die Autopsie. Zunächst sei hervorgehoben, daß bei der mittelgroßen, mäßig ernährten Kranken keine Anzeichen für Akromegalie, kaum für Veränderungen im Sinne einer Dystrophia adiposo-genitalis, andererseits auch wieder nicht für eine Kachexie (Simonds) auffielen. Zur Vorgeschichte gab der Mann starken Haarausfall und Aufhören der Menstruation seit einem halben Jahre an.

Im ganzen hat es sich also um eine rezidierte Amentia septischer bzw. toxischer Genese gehandelt. Auffallend sind die zahlreichen, mannigfaltigen hyperkinetischen Erscheinungen, das Fortdauern der Psychose bei der ersten Erkrankung, trotz eingetretener guter Orientierung, die nur vorübergehend etwas litt, und schließlich die fünfmonatige Dauer der Psychose.

Ausgesprochen depressive Züge bestanden ebenso wenig wie manische, wenn auch zum Schluß die Stimmung als „leicht gehoben“ bezeichnet wird. Immerhin ist in diesem Zusammenhange die Angabe des Mannes auffällig, daß er bei der Rückkehr aus dem Felde seine Frau mißmutig und niedergeschlagen wiederfand. Es ist

zweifelhaft, ob es sich hier um eine psychogene Reaktion auf den vermeintlichen Tod des Mannes gehandelt hat. Entscheiden läßt es sich nicht, da die Anamnese hierüber nur eine kurze Bemerkung gibt.

Soviel ist sicher, daß es sich beide Male um eine symptomatische Psychose mit ähnlicher Reaktionsweise handelt, was immerhin für eine entsprechende Veranlagung spricht¹⁾.

Psychomotorische Erregung bei Herzdekompensation.

Fall 3. *Emma Wiedem.*, geb. 1874, ledig. Angaben des Vaters: Er leide an Nervenreißern im Gesicht. 73 Jahre alt. Er sei, ebenso wie die Tochter, leicht aufgeregt. Keine nervöse Belastung in der übrigen Familie (6 Geschwister). Patientin sei gesund aufgewachsen, mit 16 Jahren beginnende Schwerhörigkeit beiderseits. An einem Ohr operiert. Seit dem 16. Jahre kränzlich, leicht aufgeregt, sonst nichts Auffälliges, insbesondere nichts Epileptisches.

Am 28. 8. 1918. Aufnahme in die Medizinische Klinik wegen Herzmuskelerkrankung mit Dekompensationserscheinungen. Wassermann negativ.

1. 9. Keine Ödeme mehr, noch etwas Aszites.

10. 9. Bei der Visite plötzlich sehr erregt, beklagt sich darüber, von den Mitkranken gehänselt zu werden und verlangt Verlegung. Auf *Mixtura nervina* Beruhigung.

11. 9. Ziemlich plötzlich lebhafter Erregungszustand. Ist nicht im Bett zu halten, singt, schreit, schleudert das Einnehmeglas von sich, spuckt die Medizin aus, klagt über ihren Kopf, „sie sei verrückt“. Orientierung scheint gut zu sein. Verlegung in die Nervenklinik.

Aufnahmebefund: Leber und Milz stark vergrößert, derb, druckempfindlich. Keine Ödeme, kein Aszites. Herz: Grenzen etwas nach links verbreitert, systolisches und präsysolisches Geräusch. 2. Pulmonalton etwas akzentuiert. Puls gleichmäßig, sehr unregelmäßig. Urin E. —, Z. —. Schwerhörigkeit erheblichen Grades, rechts stärker als links. Achillesreflex rechts schwächer als links.

Sonst neurologisch ohne Befund. Muskulatur und Nervenstämme nicht druckschmerzhaft.

Psychisch: Sehr erregt, geht im Saal umher, geht an jedes Bett, beseht sich jede Patientin. Meint, die müsse sie doch kennen, das sei ja auch eine von den „Listigen“. Sträubt sich gegen das Ausziehen, bleibt nicht im Bett, klatscht viel in die Hände, macht viel Verbeugungen, singt Choräle nach der Melodie von Märschen und Tänzen: meist „Jesu, geh voran“. Redete eine Patientin an: „Wie heißt du, du bist doch die Listige... du hast sie alle hierher gebracht... gebt mir erst jetzt Papier und Feder und dann die Namen... ich bin aus der Medizinischen Klinik, ich bin Zimmer Nr. 40...“ Ging dann wieder zu ihrem Bett und sagte, dies sei nicht

¹⁾ Man vergleiche hiermit Ewalds Fall 2 und Kleists Auffassung von der Bedeutung der Anlage bei den Motilitätspsychosen. Für eine erbliche Veranlagung zu exogenen R. T. spricht aber nichts.

ihr Bett, hier wolle sie nicht bleiben. Dann wieder Händeklatschen und Singen. Ging in ein Nebenzimmer, klopfte an die Tür, bekreuzigte sich einigemal, redete dauernd vor sich hin.

Nachts um 12 Uhr Erwachen. Heftiger Brechreiz, klagte über Übelkeit, verlangte einen Arzt, denn sie wußte vor Schmerzen nicht wohin, und sie bekäme auch keine Luft mehr. Wurde auf einmal sehr erregt, sprang aus dem Bett und sagte: „Du verfluchtes Frauenzimmer, es kommt ja gar kein Doktor, paß mal auf!“ Warf ihren Becher mit Milch und die Blechschüssel, die sie verlangt hatte, nach der Pflegerin. „Ich tue noch ganz was anderes, wenn nicht auf der Stelle der Arzt kommt.“ Redete eine Patienten fälschlich mit Frau Wolf an, und verlangte von ihr, sie solle sofort den Arzt holen. Schimpfte dann los, „ein freches Volk seid ihr, jahrelang habt ihr die Familie Wiedemann schlecht gemacht, ich gehe zur Kaiserin, die hat mit jedem Erbarmen, Herr Gott im Himmel, helf mir doch, mir ist doch so schlecht. Mein Kopf, mein Kopf! Das ist ja schlimmer als der Krieg! Ich kann euch aber sagen, ich lasse meinen Kopf untersuchen und gehe damit nach dem Oberlandesgericht, dort werde ich ja sehen, wer Schuld hat, ich will euch schon kriegen.“ Skopolamininjektion.

12. 9. Etwas ruhiger, desorientiert, redet Stationsärztin mit „Herr Doktor“ an, die Oberin mit „Herr Professor“. Glaubte in der Medizinischen Klinik zu sein, fragte mehrmals, wo sie hier sei.

13. 9. Desorientiert. Hat vergessen, daß man ihr den Aufenthaltsort bezeichnet hat. Glaubte immer noch, in der Medizinischen Klinik, Zimmer 40, zu sein. Klagt sehr über Flackern vor den Augen. Sucht sich zu orientieren. Meint, sie sei in der Medizinischen Klinik verrückt geworden, es sei ihr alles im Kopf durcheinander gegangen. Fragt, ob das wohl wieder besser würde, verlangt dauernd einen Arzt, der sie untersuchen solle, hat vergessen, daß sie schon untersucht ist. Glaubte, die Ärztin fälschlich von früher zu kennen. Hastige Sprechweise, etwas aufgeregtes Verhalten.

14. 9. Meint, sie sei jetzt wieder klar im Kopf, der Verstand sei wieder in Ordnung. Weiß wieder nicht, daß sie in der Nervenklinik ist. Wochentag und Datum fehlen. Monat und Jahreszahl nennt sie richtig. Freut sich darüber. Behauptet, Referent schon von früher her zu kennen. Kann sich an die ersten Tage des hiesigen Aufenthaltes nicht entsinnen. Schätzt ihren Aufenthalt hier ungefähr auf 3—4 Tage. Am Dienstag sei sie noch in der Medizinischen Klinik gewesen, da habe sie Besuch von ihren Angehörigen gehabt, danach sei sie verrückt geworden. Klagt immer noch über Flackern vor den Augen.

15. 9. Vollkommen geordnete Karte an die Angehörigen geschrieben.

18. 9. Weiterhin völlig ruhig. Auf die offene Abteilung verlegt. Gibt an, am Mittwoch morgen noch normal gewesen zu sein. Mittwoch mittag oder nachmittag müsse „es wohl passiert sein“. Amnesie für die Zeit von Mittwoch nachmittag bis zum Freitag vormittag. Am Freitag morgen habe Referentin ihr gesagt, daß sie in der Nervenklinik sei. Seitdem sei ihr Verstand klar.

19. 9. Gibt heute an, sie erinnere sich jetzt wieder daran, daß sie bei ihrer Aufnahme einer anderen Kranken ein Buch aus der Hand gerissen habe. Diese Kranke habe geklagt und gejammert, da habe sie gemeint, das komme von dem Buch, und deshalb habe sie es ihr mit den Worten „das ist ja ein Hexenbuch“ aus der Hand gerissen. Das sei ihr aber auch erst wieder ein-

gefallen, als die Pflegerinnen ihr davon erzählt hätten. An andere Einzelheiten, z. B. daran, daß sie die Pflegerin geschlagen habe, könne sie sich durchaus nicht erinnern. Jetzt sei es ihr auch ganz klar, daß sie Referentin nicht von früher her kenne.

Erinnert sich nicht, daß sie in der Medizinischen Klinik in der Nacht vom Dienstag zum Mittwoch erregt war, weiß aber, daß sie dort eine Medizin ausgegossen habe, weil ihr diese so schlecht geschmeckt habe, sie wisse auch noch, daß man ihr gesagt habe, sie solle verlegt werden, und daß sie sich dagegen gesträubt habe. Darauf habe der Arzt gesagt, sie solle auch nur ein bißchen spazieren gefahren werden.

Auskunft vom Februar 1919: In der Zwischenzeit wieder Dekompensationserscheinungen. Auf dem linken Auge zeitweise, sowie sie im Bett sei, Flimmern und Hellsehen. Auch tagsüber Flimmern vor beiden Augen. Gefühl der aufsteigenden Hitze mit Herzklopfen. Nachts schlechter Schlaf. Tags häufig müde und matt. Psychisch keine Auffälligkeiten.

Zustandsbilder: erregt, paranoisch — hyperkinetisch bei anscheinend guter Orientierung und Krankheitseinsicht — paranoische Personenverkennungen — Pseudospontanbewegungen — desorientiert — Amnesie.

Es bestand hier demnach eine symptomatische Psychose bei einer Herzdekompensation. Die psychotischen Erscheinungen traten auf, als die Ödeme im wesentlichen geschwunden waren. Das Interessanteste sind die hyperkinetischen Erscheinungen.

Im Affekt war zeitweise eine gewisse Ratlosigkeit, zeitweise eine Gereiztheit auffällig.

Für die gesamte Psychose bestand völlige Amnesie.

Hinsichtlich der Ätiologie neigt man dazu (Bonhoeffer), auto-toxische, infolge der Kompensationsstörungen hervorgerufene Schädigungen in Anspruch zu nehmen. In unserem Falle bestanden jedenfalls an den Organen noch deutliche Stauungserscheinungen. Man könnte daran denken, daß Ähnliches auch im Gehirn eine Rolle spielte.

Die Auskunft über den weiteren Verlauf der Erkrankung ergibt jetzt nur noch Erscheinungen, wie sie bei schwer Herzkranken beobachtet werden, leichte Ermüdbarkeit, Herzklopfen, Gefühl der aufsteigenden Hitze, Flimmern vor den Augen, schlechter Schlaf. Eine Abhängigkeit der Intensität der psychischen Störungen von der Intensität der Kompensationsstörungen läßt unser Fall nicht erkennen.

Differentialdiagnostisch kommt vor allem eine Dementia praecox in Frage. Das Zustandsbild allein könnte daran denken lassen. Der ganze Verlauf, die gute Krankheitseinsicht, die anhaltende Heilung, andererseits die grobe Desorientierung und die Amnesie, schließlich vielleicht auch das durchschimmernde Krankheitsgefühl lassen mit Sicherheit die Diagnose auf eine symptomatische Psychose stellen.

Akinese im Anschluß an Deckung eines Schädeldefektes.

Fall 5. Karl Wendenb., geb. 1894. Am 18. 8. 1916 durch Schrapnell-schuß am Kopf links hinten auf der Scheitelhöhe verwundet. Über ein Kriegslazarett am 11. 9. in ein Heimatslazarett übergeführt. Am 2. 10. wurde ein operativer Eingriff vorgenommen. Die Beschreibung darüber lautet: Da die Kopfschmerzen anhalten, wird in Narkose die Narbe noch einmal geöffnet durch einen direkt seitlich geführten Schnitt. Nach Freilegung der Stelle der Verwundung zeigt sich ein pfenniggroßer Defekt in der knöchernen Schädelkapsel, in welchem die gut aussehende Dura sichtbar ist. Diese ist mit der Narbe teilweise verwachsen.

10. 11. Schon bei geringem Druck auf die Wunde Kopfschmerzen. Entlassung zur Revierkompanie, da sonst Wohlbefinden.

6. 1. 1917. Klagt über dauernde Kopfschmerzen und Druck in der Narbengegend, besonders bei Bettruhe und bei Erschütterungen. Am 2. 2. Deckung des etwa 2-Markstück großen Knochendefektes. Am nächsten Tage starke Kopfschmerzen und Erbrechen. Besserung des Allgemeinbefindens, nur die Kopfschmerzen hielten an. Am 12. 2. wird erwähnt, daß W. psychisch auffällt.

Am 16. 2. findet sich der Eintrag, daß W. auf Fragen überhaupt nicht mehr reagiere, sondern nur immer starr vor sich hinstiere.

Am 19. 2. Aufnahme in die Nervenklinik. Anamnese hier zunächst nicht zu erheben, da Patient außerordentlich stark gehemmt.

W. liegt ruhig und teilnahmslos da, fast ständig auf der linken Seite, hält die eine Hand unter dem Hinterkopf. Spricht spontan fast überhaupt nicht. Nach seinem Namen gefragt, antwortet er zunächst gar nicht, erst nach mehrmaligem eindringlichen Fragen antwortet er ganz leise, schließlich etwas lauter. Alle anderen Fragen beantwortet er mit einem Kopfnicken. Gesichtsfarbe gerötet, Gesichtsausdruck leer, anscheinend starke Schmerzen im Hinterkopf.

21. 2. W. gibt heute auf Fragen prompt Antwort. Sprache ist nicht gestört, nur manchmal setzt er mehrmals an, um einen Satz herauszubringen. Starke Kopfschmerzen; klagt über Rauschen im Kopf. Wegen der Schmerzen schlechter Schlaf. Gesicht stark gerötet.

23. 2. Liegt wieder regungslos da. Gibt auf Fragen kaum Antwort. Heftige Kopfschmerzen; abends Nasenbluten. Puls 62, Temperatur 38.

24. 2. Nachts nur wenige Stunden geschlafen; noch immer starke Kopfschmerzen. Temperatur 37.1.

Untersuchungsbefund: Schleppender Gang. Sämtliche Reflexe rechts = links sehr lebhaft, keine klonischen Erscheinungen. Babinski rechts nicht so deutlich negativ wie links. Verlegung auf Chirurgische Station. Am 26. 2. erneute Öffnung des Schädeldefektes, dabei nichts Auffälliges. Keine Änderung des psychischen Befundes.

Am 14. 3. erneute Aufnahme auf Station Nervenklinik; kommt allein, auf einen Stock gestützt, zur Aufnahme. Keine Paresen, nichts Aphasisches, große Schwerbesinnlichkeit, Kopfschmerzen, zeitweise Übelkeit.

29. 3. Liegt teilnahmslos, unbeweglich im Bett. Macht einen etwas benommenen Eindruck; zeitlich und örtlich leidlich orientiert.

14. 4. Liegt fast ohne sich zu bewegen im Bett. Spricht mit kaum hörbarer, leiser Stimme. Starke Kopfschmerzen. Temperatur gewöhnlich zwischen 37,2 und 38.

12. 5. Steht seit einigen Tagen täglich ganz kurze Zeit auf, geht unsicher, schleppend, müde. Spricht mit leiser, monotoner Stimme; steht nicht gern auf.

15. 5. Nur geringe Temperatursteigerung; keine Hirndrucksymptome. Immer noch starke Akinese bei unveränderten Beschwerden. Puls dauernd verlangsamt; Geräuschempfindlichkeit, beschäftigt sich nicht, sondert sich von den Kameraden ab.

1. 6. Subjektiv und objektiv seit einigen Tagen leichte Besserung des Allgemeinbefindens, Nachlassen der Kopfschmerzen, Gesicht nicht mehr so stark gerötet.

29. 6. Klagt noch über Kopfschmerzen, Schwindelgefühl bei Lageveränderungen, leichte Erregbarkeit, Geräuschempfindlichkeit, Vergeßlichkeit, Apathie.

Katamnese: Etwas langsam und schwerfällig. Nervöse Beschwerden wie früher. Einige Jahre später psychisch unauffällig.

Es bestand mithin hier ein akinetischer Zustand, dessen spezielle Ätiologie nicht sicher zu eruieren war. Vielleicht hat es sich um Hirndrucksymptome gehandelt. Das ganze ist mit Kleist als ein heteronomes Zustandsbild anzusehen. Auf die weiter bestehenden nervösen Beschwerden, wie Empfindlichkeit, leichte Erregbarkeit, Mangel an Antrieb (Forster), Vergeßlichkeit usw., will ich hier nicht näher eingehen (enzephalasthenisches Syndrom).

Zeitweise war an eine beginnende Katatonie gedacht worden. Die starken subjektiven Beschwerden, die zeitweilige Schwerbesinnlichkeit und der manchmal leicht benommene Eindruck, den der Kranke machte, wie schließlich der ganze Verlauf ließen die Diagnose Katatonie mit Sicherheit ausschließen. Depressive Symptome waren nicht vorhanden.

1. 3. 1930: Nachuntersuchung: Mangel an Initiative usw. Bild der schweren Schädelverletzungsfolgen.

Akinese nach Schädelverletzung.

Wilhelm Hart., geb. 8. 10. 1888. Unfalltag: 29. 12. 1907. Diagnose: „Impression des Schädeldaches, die zeitweise Schwindelanfälle hervorruft und einen operativen Eingriff bedingen wird.“ 1908: Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Mattigkeit, erhöhte Pulsfrequenz, Reflexerhöhung, vasomotorische Übererregbarkeit, leichter Romberg, fibrilläres Muskelzucken. 1910: Besserung. An den Händen Arbeitsschwilen. 1912: Verschlimmerung. Häufiger Schwindelanfälle und Kopfschmerzen. „Im Wesen bedrückt, in der Arbeitsfähigkeit auffallend verlangsamt.“ Zwei tiefe, stundenlange

Ohnmachten. 1920: Verschlimmerung der alten Beschwerden. 1922: Unverändert. 1928: Wesentlich verschlechtert.

Vom 30. 3. bis 3. 4. 1928 in unserer Klinik. Nach eigener Angabe nach dem Unfall 8 Stunden bewußtlos. Frau schilderte krampfartige Zustände, bei denen er nicht recht bei Sinnen sei. Befund: Antwortet nur auf mehrmaliges Fragen. Bei Prüfung der Merkfähigkeit pseudodementes Verhalten. Bei der körperlichen Untersuchung ausgesprochen sachlich im Verhalten. Neurologisch: leichter Romberg, leichte allgemeine Hypotonie. Lumbalpunktion: 300 mm H₂O! Augenhintergrund: o. B. Neurologisch sonst o. B.

26. 11. 1929. Untersuchung zwecks Nachbegutachtung: Seit Entlassung aus unserer Klinik Verschlechterung. Liege apathisch seit 12 Wochen im Bett. Rede nur in manchen Stunden etwas. Fordere sich nicht einmal Essen oder die Möglichkeit zum Urinlassen oder Stuhlgang. Für nichts auch nur das geringste Interesse. Krampfartige Zustände ab und zu, nach Angabe der Frau: „Ich passe dabei nur auf, daß er sich nicht in die Zunge beißt.“ Oft unsauber mit Urin und Stuhl. Im Anfälle zucke die l. Seite mehr. (Frau beschreibt sehr schlecht.)

Befund: Gefäße im Augenhintergrund sehr stark gefüllt. Keine Stauungspapille, keine Sehnervenatrophie. Neurologisch o. B., nur im l. Bein leichte spastische Erscheinungen. Über dem l. Ohr feine Narbe. Pfennigstückgroße, deutliche Delle über dem l. Stirnbein, senkrecht über der Pupille, etwa 3 cm oberhalb der Haargrenze. Keine Pulsation zu fühlen oder zu sehen. Gang ungestört. Leichter Romberg. Kein Meningismus.

Psychisch: maximale Akinese. Lebhaftes Augenbewegungen. Augen Ausdruck spricht für völlige Interesselosigkeit. Keine Bewußtseinsstörung. Absolut spontan und reaktiv mutistisch. Die passiv erhobenen Arme fallen schlaff herunter. Hilft man ihm, so setzt er sich auf, steht auch auf, geht automatenhaft einige Schritte. Dabei unveränderter Gesichtsausdruck. Es gelingt auf keine Weise, auch nur den geringsten Affekt bei ihm zu erzielen, nicht einmal Schreckreaktionen. Da Aufforderungen nicht befolgt werden, sind Zeigereaktionen u. dgl. nicht zu prüfen. Bei tiefem Einstich in den Oberschenkel nicht die geringste Reaktion von seiner Seite.

Diagnose: schweres akinetisches Zustandsbild auf organischer posttraumatischer Grundlage (Meningitis serosa?) Keine Bewußtseinsstörung.

Akinese bei Myrödem.

Fall 6. *Helene Wegn.*, 30 Jahre. Eigene Angaben: Mutter sehr dick, epileptisch. Sie selbst als Kind skrofulös und Hautausschläge. Keine epilepsieverdächtigen Erscheinungen; schon immer dick gewesen. In der Schule leicht gelernt. Mit 10 Jahren faustdicke Anschwellung vorn in der Mitte des Halses, die vereiterte. Eiterung schritt immer weiter fort. Erste Anschwellung unter dem Unterkiefer, dann am Kehlkopf, dann an der rechten Halsseite und in der rechten Gesichtshälfte. Litt 10 Jahre lang an diesen Eiterungen. Stimme leiser geworden. Vom 14. bis zum 20. Lebensjahre besonders dick. Erste Menstruation mit 19 Jahren; 1908 erste

Geburt. Kind hatte eitrige Augenentzündung; 3 Wochen alt gestorben. 1913 zweite Geburt; gesundes Kind. Seitdem starke Kopfschmerzen, rasche Ermüdbarkeit; erfror sich im Winter leicht Hände und Füße. Gesteigertes Schlafbedürfnis. Keine Obstipationen. Nach Anstrengungen Einschlafen von Händen und Füßen. Kein Haarausfall. Zähne gesund. 1915 zweimal wegen Magenkrämpfen im Krankenhaus. Ärztliche Auskunft besagt: Zustände von nicht völlig aufgehobenem Bewußtsein mit Pulsverlangsamung bis auf 12 Schläge in der Minute. Je heftiger die Magenbeschwerden, um so langsamer der Puls. Unregelmäßige Menstruation; letzte Menstruation im September 1917.

Befund: Psychisch: Bei der Aufnahme außerordentlich gehemmt; schläfriger Gesichtsausdruck, keine Mimik; antwortete nur auf Fragen, war sehr teilnahmslos, klagte über heftige Kopfschmerzen. Normale Intelligenz. Keine Andeutungen von Zwangsvorstellungen; nichts Depressives, stellt dieses ausdrücklich in Abrede, führt ihre Hemmung auf starke Kopfschmerzen zurück.

Am ganzen Hals und der rechten Gesichtshälfte breite, flächenförmige, zum Teil striemenartige, verschiebliche narbige Hautveränderungen.

Extremitäten relativ deutlich kürzer als normal. Im Röntgenbild Radius-epiphyse noch nicht völlig verknöchert, sonst normales Knochenbild. Breiter Gesichtsschädel, tief gesattelte Nase.

Keine erheblicheren Pigmentierungen. Haut von normaler Farbe, trocken, nur an den Beinen abschilfernd. Hände und Füße plump, tatzenförmig aussehend, bläulich verfärbt, kühl, und ihre Haut vielfach fein gerunzelt. Ausgeprägte dicke Stirnfalten. Verdickung der Lippen, der unteren Augenlider; auffallend große, fleischige Zunge.

Haare, Nägel ohne Befund. Nägel sollen leicht abbrechen; Zähne gesund, Stimme leise, Singstimme entsprechend. Fettpolster reichlich entwickelt, normal verteilt, nur die Beine besonders plump aussehend.

Keine Drüsenschwellungen. Uvula, Tonsillen, Zungenbalgdrüsen nicht vergrößert, Trachea völlig kahl durchzufühlen, nichts von Schilddrüse. Gehör ungestört. Keine besondere Empfindlichkeit gegen Kälte.

Keine Obstipationen. Gravidität im 8. Monat.

Puls etwa 60 in der Minute, Atmungsfrequenz normal, Temperatur anfangs einige Zehntel über 37. Urinmenge und spezifisches Gewicht normal. Am Herzen Unregelmäßigkeiten der Aktion. Blutdruck 110 mm Hg nach Riva-Rocci. Hämoglobingehalt 50 %, weiße L. 10 200, rote Bl. 3 660 000, 77 % neutrophile, 3 % eosinophile L. Wassermann in Blut und Liquor negativ. Liquor mikroskopisch und chemisch normal. 200 g Dextrose nüchtern ohne Zuckerreaktion im Harn. Homatropin (0,1 : 10,0) bewirkt dreitägige Mydriasis.

Sella turcica normal.

Neurologisch ohne Befund. Auf 0,01 Pilokarpin subkutan starke Reaktion (nach dreiwöchiger Thyreodinbehandlung). Zuletzt leichte echte Ödeme an beiden Knöcheln, leichte Albuminurie; im Urinsediment keine Zylinder.

Behandlungserfolg: Auffallende psychische Besserung. Sehr lebhaft, auf der Abteilung als Spaßmacher auffällig; Gesichtsausdruck frischer, lebhafter.

Haut dünner, glatter, besonders im Gesicht und an den Händen. Wenig Kopfschmerzen.

Gewichtszunahme von 81 auf 91 kg; Puls, Temperatur, Atmung normal. Blutbild im wesentlichen unverändert.

Diesen Fall führe ich besonders deshalb an, weil Specht angegeben hat, daß der Geisteszustand der Myxödematösen große Ähnlichkeit mit einer Depression habe. Bei meinem Falle läßt sich die Diagnose Depression, an die man allerdings bei oberflächlicher Betrachtung hatte denken können, mit Bestimmtheit ausschließen. Die Patientin verneinte ausdrücklich jegliches Depressive. Das Wesentliche im Krankheitsbilde war eine starke Verlangsamung, sowohl im psychomotorischen Gebiete als auch im Denken. Bemerkenswert ist allerdings, daß nach Abklingen des Hemmungszustandes eine gewisse Euphorie beobachtet wurde. Man hatte zunächst an einen ähnlichen Vorgang gedacht, wie man ihn bei Migräne häufig beobachtet. Die weitere Beobachtung hat jedoch gezeigt, daß eine gewisse euphorische Grundstimmung bei ihr der Normalzustand zu sein scheint.

Auch dieses Bild würden wir mithin zu den heteronomen Zuständen zu rechnen haben. Gegen Katatonie spricht der Verlauf, der prompte therapeutische Erfolg und das vorhandene Krankheitsgefühl.

Zusammenfassend ist über die psychomotorischen Erscheinungen zu sagen, daß es kein katatonisches Symptom gibt, das nicht einmal auch bei einer reinen symptomatischen Psychose vorkommen könnte (Bonhoeffer).

Immerhin muß beim Überblicken des bekannten Materials gesagt werden, daß ausgesprochenes anhaltendes Grimassieren, andauernde vertrackte, verschrobene Bewegungen, tagelange Stereotypien bei symptomatischen Psychosen nicht vorkommen. Im Einzelfalle allerdings, wo man womöglich auf eine einmalige Untersuchung hin eine Diagnose stellen soll, ist es häufig unmöglich, zu einer Entscheidung zu kommen.

Noch erwähnen will ich, daß Echolalie und Echopraxie keineswegs ungewöhnlich sind.

Das wichtigste differentialdiagnostische Merkmal gegenüber den katatonen Erkrankungen ist der Nachweis deliranter psychischer oder motorischer Erscheinungen, einer Bewußtseinstrübung nebst Desorientiertheit und Amnesie für die Psychose, sowie schließlich der Verlauf — nur selten länger als einige Monate dauernd — mit guter Krankheitseinsicht.

Es kann also keinem Zweifel unterliegen, daß die psychomotorischen Symptome ätiologisch unspezifisch sind. Über ihre Entstehungsbedingungen kann man soviel sagen, daß ihre Mechanismen physiologisch vorgebildet sind und daß ein organischer Einschlag sie in ihrer charakteristischen Art in Erscheinung treten läßt (vgl. bei Zádors Lachgasversuchen die pseudospontanen Bewegungen). Dabei sei einschränkend hervorgehoben, daß sie anfangs weitgehend psychologisch ausgestaltet sein können, daß von ihnen nur schwer zu unterscheidende Bilder rein psychologischer Natur sein können (vgl. Kläsis Analysen), und eine andere Gruppe nicht nur große Ähnlichkeit mit neurologisch definierbaren Symptomen hat (vgl. Kleist), sondern sogar mit solchen z. B. choreatischer Natur durchsetzt ist. Auf diese Gruppierung lege ich deshalb Wert, weil ich den Eindruck habe, daß die Vertreter der verschiedenen Auffassungen über die Natur der psychomotorischen Symptome jeweils verschiedene Gruppen von ihnen vor Augen haben. Was die lokalisatorische Auffassung z. B. der Pseudospontanbewegungen anbetrifft, so ist zu sagen, daß sie sich am ehesten auf die Stufe der ideatorischen Apraxie stellen lassen.

Darüber hinaus ist auf verschiedene Einzelheiten in der Symptomatologie hingewiesen worden, die wir sonst auch bei Schizophrenen beobachten. Im großen und ganzen muß man aber zusammenfassend sagen, daß die in diesem Abschnitt aufgezeigten Ähnlichkeiten noch nicht ausreichen, uns die Symptomatologie des Gros der Schizophrenien im Sinne exogener Reaktionstypen verständlich zu machen — denn bei der Mehrzahl der Schizophrenien muß die Hirnschädigung viel weniger intensiv sein, als selbst bei den protrahierten Amentia-verlaufsformen. Der Unterschied zwischen beiden Reihen liegt im wesentlichen in der verschiedenen Art des Bewußtseinszustandes und in der Intaktheit bzw. in der Schädigung der erkrankten Persönlichkeit. Noch anders ausgedrückt: Je protrahierter eine Amentia und je weniger intensiv die Bewußtseinstrübung bzw. -änderung ist, um so schizophrenieähnlicher wird sie, und je stürmischer eine Schizophrenie verläuft, um so exogener wirkt sie.

Ausnahmsweise geht eine exogene Psychose in einen Defekt aus, der von einem schizophrenen nicht mehr zu unterscheiden ist. Daran wird man besonders zu denken haben, wenn die prämorbidie Persönlichkeit völlig unauffällig war und wenn die Restpsychose den Charakter eines stationären Defektes hat. Eine sichere Entscheidung in der Frage: Amentia in Defekt ausgegangen oder Schizophrenie mit exogenem Initialstadium — läßt sich aber zur Zeit in vielen Fällen nicht mit Sicherheit treffen.

e) Das halluzinatorische Syndrom.

Durch die Arbeiten von Schröder hat die Lehre von den Halluzinationen einen entscheidenden Impuls erhalten. Hier interessiert nur das Ergebnis, daß es sich dabei um sehr komplizierte, hochstehende psychische Erlebnisse handelt, so daß Schröder von einer ganzen Anzahl von „Symptomenkomplexen mit halluzinatorischen Elementen“ spricht. Daraus folgt schon, daß das halluzinatorische Syndrom keinen Schluß auf die Ätiologie des zugrundeliegenden Prozesses erlaubt, daß es also zu den sekundären Symptomen gehört, ja, daß sogar intrapsychische Komponenten hinzukommen.

Im allgemeinen hängt das Syndrom stark von dem zugrundeliegenden Bewußtseinszustand ab. Im Bereiche der exogenen Reaktionstypen ist stets eine Bewußtseinsänderung vorhanden, wie die folgenden Krankengeschichten lehren. Sie allein genügt aber nicht zur Erklärung, wie schon die relative Seltenheit des halluzinatorischen Syndroms bei den epileptischen Dämmerzuständen zeigt.

Es blieben nur zwei Möglichkeiten zur Erklärung übrig: Einmal, daß durch irgendeinen chronischen Prozeß die höchsten psychischen Funktionen abgebaut werden, wie etwa im Traum durch den Schlafzustand, wo auch eine tiefere psychische Schicht in Aktion ist. Im wachen Zustande würden wir diese optische Erlebnisweise Halluzinieren nennen. Diese Tatsache erlaubt es uns, das Auftreten von Halluzinationen bei organisch bedingter Bewußtseinsänderung mit von diesem Gesichtspunkte aus zu verstehen. Die Schizophrenien aber mit im Sinne der bisherigen Darstellung klarem Bewußtsein weisen darauf hin, daß noch andere Ursachen vorhanden sein müssen.

Zur Illustration führe ich ein von einem langjährigen Psychiater mir zur Verfügung gestelltes Erlebnis an: In einem Zustande starker sexueller Abstinenz lag er eines Morgens völlig wach im Bett. Plötzlich sah er mit voller Leibhaftigkeit optische Bilder von solcher Deutlichkeit und Helligkeit bei geschlossenen Augen, daß er sich an die Lider fassen mußte, um festzustellen, ob die Augen geschlossen seien oder nicht. So lichtstark waren die optischen Erscheinungen, daß er glaubte, durch die Augenlider wie durch Glas das helle Tageslicht zu sehen. Er sah einige ihm unbekannte Männer- und Frauenköpfe in etwa 5-Markstückgröße und einen Fahrdamm mit einem darauffahrenden Auto, die ihm erinnerungsmäßig nicht bekannt waren. Die Erscheinungen entwickelten sich langsam und schwanden langsam. Nachdem ein Bild geschwunden war, tauchte das nächste auf. Die Farben waren blässer als die Realität.

Wertet man dieses Erlebnis aus, so kann es nur so interpretiert werden, daß bei dem ausgesprochen visuellen Typus, den der Berichterstatter repräsentiert, sein optisch-sensorisches System hormonal sensibilisiert war, daß also physiologische determinierende Tendenzen den Boden vorbereitet hatten. Ähnliches wird der den Schizophrenen zugrundeliegende Prozeß unter Umständen erreichen können. Selbst die bisherigen Möglichkeiten erklären aber noch nicht in allen Fällen das Halluzinieren der Schizophrenen; affektive Störungen sind in anderen Fällen von Bedeutung. Noch andere sind durch das nach außen projizierte und nur besonders plastisch geschilderte Gefühl der eigenen Veränderung zu erklären oder dadurch, daß die Veränderung eines Teiles der Persönlichkeit als fremd und neu empfunden und mit Ausdrücken aus der Wahrnehmungssphäre beschrieben wird, kurz, wir kommen stets zu dem Resultat, daß das Halluzinieren eine komplizierte Erlebnisweise ist, im Sinne unserer bisherigen Darstellung also: ein Syndrom.

Im übrigen weise ich auf die neuesten experimentellen Arbeiten (Forster, Zucker, Zádor) mit Meskalin aus unserer Klinik hin.

Nur kurz will ich noch zu der Formel von Ewald Stellung nehmen, die er im Anschluß an Mayer-Groß an der Hand exogener Psychosen entwickelt hat, nämlich: die optisch-halluzinatorische Erlebnisweise sei an den Zustand der Bewußtseinstörung, die akustisch-halluzinatorische überwiegend an den relativ bewußtseinsklaren Zustand gekoppelt. Da Ewald z. T. die Art des Träumens zum Beweis heranzieht, kann ich auf Grund meiner langjährigen Beschäftigung mit diesem Thema darauf hinweisen, daß man zwar am besten die visuellen Erlebnisse reproduzieren kann, daß aber die genaue Beobachtung immer wieder bestätigt, daß gleichzeitig im Traume auch in Wortklangbildern gedacht wird, und zwar fand ich dies nicht nur bei mir — einem ausgesprochenen visuellen Typ — sondern auch bei anderen Versuchspersonen, sobald sie genügend Technik im Reproduzieren der Träume erworben hatten. Also beim Traum trifft die von Ewald in seiner Formel ausgesprochene Trennung der akustischen und optischen Erlebnisweise nicht zu. Im übrigen spricht meine Art des Träumens dafür, daß das Halluzinationsproblem mit der Annahme einer spezifischen z. B. visuellen Anlage allein nicht gelöst werden kann.

Schließlich führe ich folgende beiden Krankengeschichten an, die ebenfalls wie Ewalds sehr interessante 4 Fälle die halluzinatorischen Möglichkeiten bei exogener Hirnschädigung demonstrieren.

Halluzinose nach Gallenblasenoperation.

Fall 7. Frau K., geb. 1876. Angaben des Mannes: 18 Jahre verheiratet. Schon vor 20 Jahren schwere Darmerkrankung. Vor 17 Jahren nach Partus schwere Verstopfung; lag $\frac{1}{4}$ Jahr. Ein paar Jahre später wieder krank. Lag $3\frac{1}{2}$ —4 Jahre zu Bett wegen Unterleibsbeschwerden. In den letzten 10 Jahren immer schwächlich, aber tüchtig im Haushalt. Umgänglich mit dem Mann, las, war interessiert, ging jedoch nie aus. Aß so gut wie nichts, so daß es niemand glauben wollte. Mann bestreitet alles Hysterische im Wesen der Frau. Er hat jetzt nachträglich von einem früheren Arzt erfahren, daß seine Frau vor 8—9 Jahren Morphium genommen und sich heimlich aus Berlin beschafft habe. Sie will, wie sie jetzt sagt, mehrmals bei dem Gynäkologen B. in Berlin gewesen sein. Er wisse davon nichts. Beginn der jetzigen Erkrankung ganz plötzlich in den ersten Tagen des Juni. Bis dahin gesund wie sonst.

In die chirurgische Klinik am 14. 6. 1917 aufgenommen, da seit drei Wochen kein Stuhlgang. Die Ärzte sollen erklärt haben, es seien Verwachsungen im Leibe vorhanden. Befund: Mäßiger Ernährungszustand, noch fiebernd, apathisch. Abdomen bretthart gespannt und schon gegen die leiseste Berührung empfindlich. Abführmittel werden wieder ausgespuckt.

16. 6. Kein Stuhlgang. Operation. Darmschlingen mäßig gebläht. Abtastung der Gallenblase zeigt, daß diese vergrößert ist. In ihrem Hals ein großer Stein. Gallenblaseneröffnung. Entfernung zweier pflaumen-großer Gallensteine.

22. 6. Spuckt Pillen immer wieder aus. Wird heute dabei überrascht, wie sie beim Temperaturmessen durch Bewegungen des Armes die Temperatur zu erhöhen versuchte.

23. 6. Temperatur unter Aufsicht gemessen normal. Psychisch unauffällig. Hörte Stimmen von Arbeitern, die sich vor dem Fenster über den Tod des Gatten unterhielten. Auch glaubte sie, daß das Personal dauernd Ungünstiges über sie spreche.

24. 6. Gibt heute an, sie glaube, daß über ihrem Zimmer ein Rohr mit Äther verlaufe, welches nicht ganz dicht sei. Die Ätherdämpfe drängen in ihr Zimmer und sie habe dadurch Kopfschmerzen. Fühlte fortwährend Pulver und Tropfen von der Decke auf sich herabfallen, wischte sie weg. Glaubte, es sei Chloroform. Hat sich über Nacht den Verband abgemacht und die Laporatomiewunde etwas aufgekratzt.

26. 6. Einlieferung in die Nervenklinik. Örtlich und zeitlich gar nicht orientiert. Schlechte Merkfähigkeit. Glaubt, zu Hause zu sein. Kann den Namen des Operateurs nicht angeben, weiß nicht, wie lange sie bettlägerig ist. Gibt auf Befragen prompt, aber meist verkehrt Antwort. Glaubt, sie wäre jetzt im Gemeindekrankenhaus, im ehemaligen Kloster zu Hause. Ihr Mann hätte sie am 15. 6. dorthin gebracht. Erkennt Professor Schröder, der sie gestern untersucht hat, zwar wieder, meint aber, sie hätte ihn schon vor 14 Tagen gesehen. Ermüdet bei längerem Sprechen, bittet, man möchte sie nicht mehr fragen. Unruhiger Gesamteindruck. Beim Sprechen zitternde Lippen. Fingerzittern, blasses und elendes Aussehen. In Gegend der Gallenblase walnußgroßer Bezirk von frischen Granulationen. In

deren Mitte Gallenblasenfistel, aus der sich reichlich Gallenflüssigkeit absondert. Abends Unruhe, versucht aufzustehen.

27. 6. Nachts bis gegen 4 Uhr ruhig. Meist geschlafen. Dann erregt, ängstlich, klammert sich an die Pflegerin an; sie möchte bei ihr bleiben. Läßt sich willig ins Bett zurückführen, schläft nicht wieder ein, bleibt jedoch äußerlich ruhig. Erzählt morgens, sie habe gehört, ihr Mann sei tot. Sie habe die Beerdigung selbst mit angesehen und gehört, daß viele Menschen dabei gewesen seien. Auch ihre Mutter sei seit einigen Tagen gestorben. Nähere Auskunft lehnt sie als lästig ab. Puls 140—150, Temperatur zwischen 37,6 und 38,2. Stuhlgang regelmäßig, nicht acholisch. Urin enthält reichlich Gallenfarbstoffe.

28. 6. Nachts viel vor sich hin gesprochen, zeitweise laut geweint, dann wieder gelacht. Verläßt das Bett, sagt zur Pflegerin, sie sei eben gerufen worden, sie müsse nach Hause, ihr Auto warte unten; ruft „Dorothea, komm doch herein. Draußen ist ein großes Geräusch, was bedeutet das, jetzt freue ich mich, Minna, alle fünf Minuten wird der Braten begossen. Ach Unsinn, passen sie doch auf . . . ich verbitte mir das. Gott sei Dank, das war ja fürchterlich . . . Mein Himmel, es ist ja schrecklich zu sterben und solchen Nachruf zu haben . . . Komm doch einmal herunter.“ Glaucht, draußen stünde ein Mädchen, fragt, ob die hereinkommen dürfe. Sie möchte von ihr die volle Wahrheit wissen. Vorläufig sei ihr alles noch ein Rätsel. Erzählt, der Hausarzt habe ihren Kindern geraten, diese sollten zwischen den Mahlzeiten Hundehaare und Hundefleisch essen. Regt sich dabei sehr auf, zittert mit den Händen und Lippen, beruhigt sich aber schnell. Glaucht, ihre Mutter sei da oben, ruft sie an, sie solle doch herunterkommen. Örtlich und zeitlich schlecht orientiert, glaubt in P. zu sein, vorher in Greifswald gewesen zu sein. Merkfähigkeit heute leidlich gut. Erzählt, sie sei krank, bei Geheimrat B. in Berlin gewesen und habe lange Zeit, drei Tage lang, Chloroform erhalten. Es sei vor und auch noch nach der Operation von der Decke heruntergespritzt worden. erinnert sich nicht an den Namen ihres letzten Operators, auch nicht, als er ihr vorgesprochen wird. Meint, bei dem Herrn müßte sie hereingefallen sein, er hätte Hokusfokus mit ihr gemacht. „Das sprudelte und das sprühte in mir, er wollte mich vergiften.“ Spontan mit Affekt zu Professor Schröder, „von dem Herrn haben Sie mich ja fortgeholt“. Behauptet, auf dem Dache dieses Hauses stünden Motore, in die man Pulver geschüttet habe. Mit Hilfe der Motore sei dann das Pulver auf ihren Körper gestreut worden, damit hätte sie betäubt werden sollen. Unruhiger Gesamteindruck. Leise, leicht verwaschene Sprache, hastige Sprechweise. Puls dauernd zirka 130. Temperatur bis 38,2. Die Operationswunde bis auf einen zweimarkstückgroßen Bezirk verheilt, aber in großer Ausdehnung unterminiert. Der Defekt schmierig belegt, trocken. Die Gallenblase sezerniert reichlich Gallenflüssigkeit.

29. 6. Nachts viel vor sich hingesprochen, hörte ihr Dienstmädchen, Stimmen von Bekannten, lachte und weinte abwechselnd, erkundigte sich bei der Pflegerin nach dem Datum und den Namen der Ärzte. Spontan: „Bis jetzt habe ich geglaubt, daß ich eine restlos glückliche Ehe geführt habe, und daß mein Mann um mich besorgt ist. Aber es ist ja in der Zwischenzeit soviel vorgefallen. Mein Mann ist tot, soll wenigstens tot sein. So wurde mir zugerufen. Auch, daß unser Haus abgebrannt sei. Bis

jetzt ist mir noch nicht alles ganz klar. Verlangt nach ihrer Kleidung, um „nach oben“ gehen zu können, glaubt, sterben zu müssen, bittet um einen letzten Gruß an ihre Angehörigen. Am Tage meist ruhig. Geruchshalluzinationen. Das ganze Zimmer rieche nach Äther. Ihr Taschentuch rieche nach Äther oder Morphinum. Ekelt sich davor, wirft das Taschentuch mit Abscheu aus dem Bett. Verlangt nach Mundwasser, um den üblen Äthergeruch aus dem Munde zu vertreiben. Die Absonderung aus ihrer Operationswunde könnte nicht von innen heraus kommen. Es könnte nicht auf natürlichem Wege zugehen, man hätte ihr den Verband mit irgendeinem Pulver, vielleicht Schwefelpulver, bestreut. Abends außerordentlich ängstlich, klammert sich an die Pflegerin an, glaubt, eine Operation stünde ihr bevor, da das ganze Zimmer nach Äther röche. Ist nur widerwillig, muß mittags gefüttert werden.

30. 6. Heute gut orientiert über Ort und Zeit. Ruhiges Verhalten, gibt meist richtig Antwort, erinnert sich an die Operation, auch zum ersten Male an den Namen des Operateurs. Weiß, daß Professor Schröder sie hat hierher verlegen lassen. Ist ohne Aufforderung, beschäftigt sich kurze Zeit mit Lesen. Besuch ihres Mannes, soll sich verständlich unterhalten haben.

1. 7. Nachts leidlich guter Schlaf. Heute äußerlich geordnet, gibt gut Auskunft. Sie sei am 1. Pfingsttag erkrankt, habe 10 Tage zu Hause gelegen, bestreitet jetzt, daß sie schon bei B. in Berlin gewesen sei, sei vor 8 Jahren bei Dr. S. in Berlin behandelt worden. Habe viel Morphinum bekommen. Seitdem kein Morphinumgenuß mehr. Gibt richtig an, daß sie seit Montag hier sei. Erinnert sich an die ersten Tage ihres hiesigen Aufenthaltes nicht klar. Sie sei wirr im Kopfe gewesen. Die Klarheit sei erst beim Besuch ihres Mannes gestern wiedergekommen. Sie entsinne sich der Vorbereitungen zur Operation. Erkennt Professor Sch. wieder, weiß, daß er bei ihr in der chirurgischen Klinik war, fragt Professor Sch. später spontan, wer er sei. Erzählt dann viel von ihrem Mann. Dieser hätte sich in den letzten 14 Tagen, seit sie fort sei, ganz verändert, sei Trinker geworden, hätte hier gestern einen komischen Geruch verbreitet. Er sei auch nicht gesund, sei unaufrichtig. Sie glaube ihm nicht, habe kein Vertrauen zu ihm, wolle nach Hause zurück, das Geschäft verkaufen, denn der Mann sei zur Führung unfähig. Auch ihre 17jährige Tochter habe sich, seitdem sie krank sei, verändert. Sie halte jetzt mehr zum Vater, habe kein Vertrauen zur Mutter mehr. Ihre Leute sprächen schlecht von ihr, machten häßliche Bemerkungen über sie, dasselbe täten die Ärzte, sie „stichelten“.

2. 7. Äußerlich geordnet. Nicht depressiv, eher etwas selbstbewußt in der Unterhaltung. Schlaf sehr schlecht, sitzt nachts viel auf. Beschäftigt sich wenig, spricht auch kaum mit der Pflegerin. Nahrungsaufnahme leidlich. Ist angeblich mehr als je zu Hause in den letzten Jahren. Merkfähigkeit noch immer schlecht. Weiß nicht genau, was sie zu Mittag gegessen. wann Briefe angekommen, redet aber leicht darüber hin mit naheliegenden Entschuldigungen, ganz leises Konfabulieren. Nichts ausgesprochen Delirantes mehr, mehr paranoisches Bild mit akustischen Halluzinationen. Seit gestern steht im Vordergrund die Vorstellung, ihr Mann sei geistig nicht ganz normal, sie habe es ihm, als er gestern da war (zutreffend), angesehen, er trinke. Man sähe es seinen Augen an. Das Geschäft müsse sofort verkauft werden. Die Kranken hier kennen sie alle, sie

redeten fortwährend über sie, machten Bemerkungen. Fortwährend werde über sie, über ihr Leben und ihre Ehe gesprochen. Sie habe keine Ruhe, bis sie über alles Klarheit bekomme. Sie habe sich nichts vorzuwerfen ihrem Manne gegenüber, sie müsse aber Frieden besitzen. Welche dächten, sie würde jetzt sterben, und sie könne sich doch nicht verteidigen. Auch ihr Mann sei hier im Zimmer vorn, sie habe ihn sprechen hören. Bald sei er in P., bald hier. Das Sprechen höre sie vom Vorraum aus und durch die Wand des Nebenzimmers. All das Sprechen sei erst seit ein paar Tagen, zu Hause sicher noch nicht. Gedankenlautwerden, Nachsprechenmüssen usw. wird energisch abgelehnt.

Nachmittags unruhiger, will nach Hause, mache sich Gedanken über die Gerichtsverhandlung, die morgen zu Hause stattfinden solle. Habe die Stimme eines Rechtsanwaltes oder eines Schöffen aus P. gehört. Sie solle morgen um 8 Uhr zum Gefängnis übergeführt und vernommen werden. Ein gerichtliches Verfahren schwebe gegen sie. Sie wisse nicht, ob sie etwas verbrochen hätte, das erfahre sie morgen erst. Ein älterer Herr, der hier oft bei ihr gewesen wäre, bei Prof. Sch., hätte ihr vorhin gesagt, sie solle nach Hause fahren. (Name des Herrn?) „Den kenne ich nicht.“ (Prof. Sch.?) „Den Namen habe ich hier nie gehört, irgendein Nervenarzt ist es gewesen.“ Örtlich und zeitlich gut orientiert. „Sie werde jetzt ganz klar im Kopfe, könne nur keine Ruhe finden wegen der Gerichtsverhandlung.“ Merkfähigkeit bei grober Prüfung heute leidlich gut. (Name des Operators?) „Ein Doppelname, den ich nicht behalten kann.“ Findet ihn nach einigen Sekunden richtig. Behauptet wieder, gestern abend sei in ihrem Zimmer Äthergeruch gewesen, die Zunge sei trocken gewesen, es habe nach Chloroform, Äther und Benzol geschmeckt.

6. 7. Hört noch manchmal Stimmen von ihrem Mann und ihren Verwandten. Die Stimmen drängen von der Straße durch das Fenster in ihr Zimmer. Es werde Schlechtes über sie gesprochen. Kann nicht angeben, was gesagt wurde. Örtlich und zeitlich gut orientiert. Kennt die Namen der behandelnden Ärzte, glaubt wieder ganz klar zu sein. Keine Geruchshalluzinationen mehr. Schläft tagsüber viel, sinnt viel vor sich hin, denkt über ihre Familienangelegenheiten nach. Spricht hin und wieder von ihrem Mann in abfälliger Weise. Er sei nicht gesund, trinke viel, sei unaufrichtig, unbrauchbar im Geschäft. Nachts wenig Schlaf. Steht manchmal auf, drängt hinaus. Temperatur dauernd um 37,2 herum. Puls bis 130. weich, regelmäßig. An der Operationswunde zweimarkstückgroßer Defekt mit reichlich gelber Eitersekretion.

9. 7. Hielt in der letzten Zeit dauernd fest, ihr Mann trinke, das Geschäft müsse verkauft werden. Gestern Besuch des Mannes, seitdem korrigiert sie, es seien nur Fieberphantasien gewesen, ihr Mann habe nie getrunken. Er müsse wohl einmal, als er sie besuchte, nach Alkohol gerochen haben, und da habe sie sich das eingebildet. Gibt es ohne weiteres als krankhafte falsche Vorstellung auf. Gibt dafür aber allmählich auf Zureden an, die Milch habe neulich schon mal so eigen geschmeckt, heute habe sie sie nur zur Hälfte getrunken, da habe sie angefangen zu wanken, es müsse etwas drin gewesen sein. Bittet dann plötzlich energisch um ein Zimmer, in dem sie ganz abgeschlossen völlig allein sei. (Hier nicht

allein?) „Nein, sicher nicht, ich höre fortwährend Stimmen . . . ich behaupte, die jungen Ärzte treiben Unfug . . . Heute nacht wurde auf der Straße gerufen (!): „Rindvieh von P.“ Es war ein furchtbarer Lärm (tatsächlich nachts etwas Unruhe auf der unteren Soldatenabteilung). Bezieht das alles auf sich. Sie höre fortwährend von unten herauf Bemerkungen, und zwar sehr häßliche, die sie gar nicht wiedergeben könne. „Sie wollten mir auch hier wieder einreden, daß mein Mann sich vergiftet hat.“ Es seien ganz natürliche Menschenstimmen, gräßliche, schmutzige Sachen. Hat nachts fast gar nicht geschlafen. Willigt sofort in Verlegung nach der chirurgischen Klinik. Könne hier nicht gesund werden, wo soviel über sie gesprochen werde. (Staatsanwaltschaft anzeigen!) „Ja, am liebsten möchte ich das.“ Verhalten still, geordnet, orientiert, zurückhaltend. Gelegentlich verhalten, aber bitterlich weinend. Bezüglich Morphium (s. Anamnese des Mannes) gibt Patientin selber an: Seit 8 Jahren sicher nichts mehr. Damals auch nie gespritzt, sondern täglich einige Stuhlzäpfchen vom Arzt verordnet, auch hin und wieder ein Pulver, mehr nicht. Seit 3—4 Jahren fast täglich, zuletzt täglich nach Gutdünken Pyramidon, ein- bis mehrmals täglich, nicht abgewogen.

9. 7. Zurückverlegt in chirurgische Klinik wegen des Abszesses am Bauch und zum Schluß der Gallenfistel.

Dort nach kurzen Mitteilungen weiter halluziniert, so daß bereits ihre Rückverlegung hierher in Frage kam.

23. 7. In chirurgischer Klinik besucht. Behauptet, seit etwa drei Tagen (seit Besuch ihrer Tochter) ganz klar zu sein. Bis dahin immer noch die alten Täuschungen und die Angst.

4. 8. Kommt sich vorstellen vor Entlassung nach Hause. Gibt an, seit 14 Tagen (s. oben) ganz frei zu sein. „alles ist überwunden, ist auch nicht einen Moment wiedergekommen, alles war plötzlich fort.“ Spontan: Sie habe keine Erinnerung an die ersten 10—14 Tage nach der Operation, aber auch die Erinnerung an die Zeit vorher, zurück bis Pfingsten (Ende Mai) sei fort. Für vorher sehr gute Erinnerung.

An die Einzelheiten ihrer Halluzinationen und ihrer Wahnbildungen hier nur recht geringe Erinnerung, weiß dunkel davon. geglaubt zu haben, ihr Mann trinke, es sei ein großer Brand in P. gewesen: an beidem sei etwas Wahres, aber sie habe es verzerrt. Es war eine gräßliche, sehr unangenehme Zeit. Fragt dann: „Habe ich hier nicht wirklich manchmal Morphium in die Milch bekommen?“ Hatte Geheimrat P. und Dr. U. dauernd im Verdacht, daß sie sie morden wollten mit Äther und Chloroform. Wahnsinnige Angst; ähnlich hier vor Dr. Fr. Deshalb nicht geschlafen, sich wach gehalten. Jetzt seit 14 Tagen guter Schlaf von abends bis morgens. Wiegt mit Kleidern 68 Pfund. Fragt besorgt, ob das auch nicht wiederkäme, daß sie doch noch in eine Irrenanstalt müsse. Natürlich, noch etwas befangen. Korrigiert anscheinend im großen und ganzen; aber für alle Einzelheiten?

Die eben geschilderte Psychose ist durch lebhaft akustische, Geschmacks- und Geruchshalluzinationen mit Neigung zum Systematisieren im wesentlichen gekennzeichnet. Hervorzuheben sind auch die Auffälligkeiten im taktilen Gebiet: sie fühlte

Pulver und Tropfen auf ihre Haut fallen. Inwieweit es sich etwa um taktile Trugwahrnehmungen oder Sensationen mit illusionären Umdeutungen gehandelt hat, läßt sich schwer entscheiden. Der Beginn mit Beeinträchtigungsideen — Ausspucken von Pillen — entspricht dem, was man auch sonst bei symptomatischen Psychosen beobachtet. Eine besondere Eigenart liegt jedoch in der Neigung zu Erklärungs-ideen bezüglich der Halluzinationen: es verlaufe ein undichtes Ätherrohr über ihrem Zimmer, Pulver, Tropfen und Chloroform werden auf sie herabgespritzt, auf dem Dache ständen Motoren, mit deren Hilfe Pulver auf ihren Körper gestreut werde. Zeitweise war die Kranke delirant mit Andeutungen von Beschäftigungsdelir und mit visionären Erlebnissen.

Die Grundstimmung war ängstlich.

Die Merkfähigkeit war lange Zeit sehr schlecht, noch am 2. 7. bestand eine Neigung zum Konfabulieren. Obgleich sie anfangs desorientiert war, war die Orientierung beim Ablauf der Psychose gut. Trotzdem ließ die Korrektur ihrer Wahnideen hauptsächlich bezüglich ihres Mannes lange auf sich warten. Die Krankheitseinsicht war bei der Entlassung leidlich gut. Es bestand nicht nur eine Amnesie für den Beginn der Psychose, sondern noch retrograd darüber hinausgehend.

Eine Auskunft des Mannes besagt, daß sie jetzt völlig unauffällig wie früher sei.

Im ganzen wird man das Krankheitsbild ganz gut mit der akuten Halluzinose der Trinker vergleichen können. Die Systematisierung blieb in den Anfängen stecken. Gedankenlautwerden wurde bestimmt in Abrede gestellt. Ihre mangelhafte Systematisierung ist durch die Bewußtseinsänderung und Merkfähigkeitsschwäche bedingt.

Gegenüber chronischen paranoischen Defekt-Erkrankungen und solchen der Schizophreniegruppe sind hauptsächlich die deliranten Phasen, die retrograde Amnesie, die Merkfähigkeitsstörung mit Neigung zu Konfabulationen und schließlich die anhaltende Heilung mit guter Krankheitseinsicht anzuführen.

Über die prämorbide psychische Konstitution ließen sich keine sicheren Angaben beibringen, so daß die Psychose, was ihre eigenartige Färbung anbetrifft, in ätiologischer Hinsicht in Dunkel gehüllt bleibt.

Halluzinose nach Typhus.

Fall 8. *Pohl*., 26 Jahre. Ehemann gibt an, daß seine Frau wohl etwas nervös veranlagt, aber sonst keineswegs auffällig gewesen sei.

Unauffälliger Charakter, keine Stimmungsschwankungen, 4 Kinder, eine Fehlgeburt.

Am 28. 10. 1917 an Typhus erkrankt, am 21. 11. in das Johannis-Krankenhaus nach A. übergeführt. Dort habe er seine Frau siebenmal besucht, und es sei ihm währenddem höchstens das an ihr aufgefallen, daß sie stets in etwas erregter Weise ihre Abneigung gegen die diensttuende Schwester aussprach. Nannte sie Schlange, weil sie von ihr belogen worden sei. Im ganzen sei jedoch die Frau für ihn unauffällig gewesen. Der Krankenhausarzt berichtet, daß Patientin schon bei der Einlieferung ständig über ihre Schwägerin schimpfte. Im Krankenhaus selbst habe sie über die Krankenschwester geschimpft, dann habe sie Gehörshalluzinationen gehabt: hörte nachts ihren Mann nebenan, der an die Wand klopfte, hörte, wie die Schwester die Nacht hindurch mit ihrem Mann poussierte, obwohl dieser nicht im Hause war. Stimmung meist heiter, aber auch oft weinerlich; unterhielt sich stundenlang mit dem lieben Gott, hielt Suppen, die ohne Zucker zubereitet waren, für ungenießbar süß. Die Erscheinungen waren während der Fieberperiode bereits vorhanden, verstärkten sich nach Fieberabfall, waren aber in den letzten Tagen bereits etwas gebessert, besonders, seitdem es gelang, ihr Veronal beizubringen; anfänglich nahm sie nichts. Die bakteriologischen Untersuchungen des Stuhls und Urins ergaben am 7. und 14. Dezember Bazillenfreiheit.

Eingeliefert wurde sie wegen Typhus, der serologisch nachgewiesen wurde.

Bei der Überführung nach der Klinik soll sie völlig geordnet und für den Ehemann völlig unauffällig gewesen sein.

Auf der Abteilung anfangs ruhig, dann weinerlich: „Mein Mann und Vater ist hier draußen . . . ich glaube, ich komme heute noch fort . . . ich höre die Pferde laufen . . . was machen die nur für einen Lärm . . . die Droschken halten vor der Tür . . . ich glaube, ich ziehe mich an und gehe los . . . geschimpft hat sie überhaupt nicht . . . zwei Nächte habe ich hier schon geschlafen . . . die Leute da draußen warten nur, ich soll sprechen . . . Fritz, komm doch rauf, oder willst du kommen, wenn ich schlafe? . . . was habe ich schon kämpfen müssen seit dem 28. Oktober . . . ich möchte gerne, wenn mein Herzchen und Kurtchen käme . . . o diese Sehnsucht!“ (weint dabei), „ich weine überhaupt nicht; wenn ich weine, sind es Freudentränen . . .“ Wird abends sehr unruhig, erzählt dauernd inkohärent.

17. 12. Heute ziemlich ruhig, weint zeitweise, möchte nach Hause, fühlt sich gesund.

19. 12. Örtlich orientiert, bei oberflächlicher Unterhaltung nicht gerade grob auffällig. Auf näheres Befragen gibt sie an, daß nebenan ein Apparat sei, mit dem sie elektrisiert werde, deshalb sei sie sehr ängstlich. Keine Krankheitseinsicht, versteht nicht, weshalb man sie auf ihren Geisteszustand beobachte. Bei der körperlichen Untersuchung sehr ängstlich, wehrt sich heftig, wittert allerlei Maßnahmen, die an ihr vorgenommen werden sollen, wie Injektionen u. dgl., will deshalb aus dem Zimmer laufen, sieht den Arzt mißtrauisch an, vermutet hinter allem etwas, drängt fortwährend nach Hause.

24. 12. Äußerlich geordnet, ruhig, still für sich, schließt sich niemandem an, keine Klagen; erinnert sich angeblich gut an ihren Typhus und ihren Aufenthalt im A.-Krankenhaus, sei während der Krankheit ganz klar ge-

wesen: die Schwestern dort hätten sie zurückgesetzt, ebenso ihre Schwägerin, die auch dort an Typhus krank gelegen habe: weiß nicht, daß die Schwägerin an Typhus gestorben ist, gibt spontan an, daß sie dort im Krankenhause durch die Wände hindurch gehört hätte: „Lassen Sie das, Schwester, ich werde es sonst dem Herrn Doktor bestellen,“ worauf die Schwester sagte: „Das tun Sie nur.“ Näheres gibt sie nicht an, es seien eklige Sachen, über die sie nicht sprechen möge; in einer Nacht hätte etwas Überirdisches an ihre Tür geklopft und ihr zugerufen, sie solle nicht schlafen; da sei ihr Mann wiederum bei der Schwester gewesen und habe mit ihr Unsittliches verbrochen. Keine Krankheitseinsicht hierfür.

26. 12. Ruhig, klar und geordnet, keine Krankheitseinsicht. Stuhl ohne Typhusbazillen. Immer noch Spuren von Beziehungsideen, sonst kaum auffällig. Körperliches Wohlbefinden. Weiß sich jetzt zu erinnern, daß ihre Schwägerin im A.-Krankenhause an Typhus gestorben ist.

29. 12. Geordnet, orientiert, einsichtig, sei damals in A. auch nervenschwach gewesen; erinnert sich an Einzelheiten.

30. 12. Drängt nach Hause, unterhält sich mit anderen Kranken, ist völlig orientiert, sie sei 2 Wochen hier und an einem Sonntag gekommen, sie sei wohl nervenkrank gewesen, jetzt gehe es ihr wieder gut, wisse, daß sie in A. typhuskrank gewesen sei, hohes Fieber gehabt und große Angst um ihre Angehörigen ausgestanden habe, könne sich an verschiedenes in dem dortigen Krankenhause nicht mehr recht erinnern; sie wisse wohl, daß sie manchmal unruhig gewesen sei und geschrien habe, könne sich aber nicht darauf besinnen, daß ihr Mann Beziehungen zu der Krankenschwester unterhalten haben solle, sie sei wohl damals etwas verwirrt im Kopf gewesen. Die Oberschwester habe ihr dort die Verpflegung nicht so zukommen lassen wie den anderen Kranken. Traurige Gedanken habe sie sich nur über ihre Familie gemacht, das hinge vielleicht auch mit ihrer Nervenkrankheit zusammen; sie sei jetzt wieder ganz gesund und nicht mehr verwirrt im Kopf; könne sich auch nicht an alle Einzelheiten ihres Aufenthaltes hier in der Klinik erinnern.

Die Erkrankung begann anscheinend mit einem Beziehungswahn; die Kranke fühlte sich von der Krankenschwester belogen und hatte eine lebhafte Abneigung gegen sie. Möglicherweise waren aber auch hier schon die später im Vordergrund stehenden Gehörs-täuschungen im Spiele. Dem Mann ist damals bemerkenswerterweise bei sieben Besuchen nichts Besonderes an der Frau aufgefallen.

Bei der Aufnahme in die Klinik standen lebhafte Gehörs-täuschungen im Vordergrund, die einmal gegen Abend in einen deliranten Zustand übergingen. Dazu kamen später Sensationen des Elektriziertwerdens, die sie dahin erklärte, daß nebenan ein Apparat sein müsse, mit dem sie elektrisiert werde. Auch Andeutungen von Imperativem traten auf: in einer Nacht habe ihr etwas Überirdisches zugerufen, sie solle nicht schlafen. Es bestand kein Krankheitsgefühl. Sie war außerdem örtlich orientiert. Eine Bewußt-seinstrübung fiel im allgemeinen nicht auf. Zuletzt war sie äußerlich überhaupt unauffällig. Erwähnt kann vielleicht

noch werden, daß sie im Anfang gewöhnliche Suppen für ungenießbar süß hielt, also möglicherweise Geschmacksillusionen hatte. Die Stimmung war anfangs ängstlich, labil, später indifferent.

Im ganzen kann also auch dieses Bild als eine Halluzinose bezeichnet werden, wenn die Erscheinungen auch weniger ausgesprochen waren als im vorigen Falle. Für den symptomatischen Charakter sprechen die delirante Episode, die Amnesie und die gute Krankheitseinsicht.

Ähnliche, der Wernickeschen Halluzinose gleichende Krankheitsbilder hat u. a. auch Bonhoeffer beschrieben. Einer seiner Fälle hatte Ähnlichkeit mit dem präsenilen Beeinträchtigungswahn (Kraepelin).

Warum nun gerade diese Bilder in den angeführten Fällen auftreten, entzieht sich völlig der Beurteilung. Weder im Verlaufe der körperlichen Erkrankung ergeben sich Anhaltspunkte, noch in der Anamnese.

Im übrigen beweisen auch diese Fälle wieder, daß dem Halluzinosekomplex keine ätiologisch-spezifische Bedeutung zukommt.

Das Fehlen einer Neigung zu erheblicherem Systematisieren und der Erscheinungen des Gedankenlautwerdens ist bei diesen Erkrankungen auf die bestehende Bewußtseinsänderung und Merkfähigkeitsschwäche zurückzuführen. Andererseits ist die Bewußtseinsänderung wahrscheinlich eine Bedingung für das Auftreten derartiger Erscheinungen, denn nur so wird es zu wahnhaften Umdeutungen und illusionären Verfälschungen der ja hier so häufigen körperlichen Sensationen kommen.

Die affektiven Symptome.

Die Symptomenbilder der depressiven, ängstlichen¹⁾, manischen, gereizten, maximal erregten Affektlage sind sämtlich präformiert. Verschieden ist nur bei jedem Individuum ihre idiotypisch nuancierte Reizschwelle. Sie klingen daher leichter oder schwerer an, sind aber fast stets bei den Psychosen verschiedenster Ätiologie mehr oder minder ausgeprägt vorhanden. Schon aus diesem Grunde kann an ihrer ätiologischen Unspezifität nicht gezweifelt werden¹⁾.

Nun interessiert aber für unser Thema ganz besonders die Frage, ob sie aus organischen Ursachen im Sinne dieser Darstellung

¹⁾ Vgl. dazu E. Forster, Die klinische Stellung der Angstpsychose, Berlin 1910, S. Karger.

entstehen können. Im Prinzip muß dieses bejaht werden. Ihr Vorkommen in reiner Form entsprechend ihrem Idealtypus bei den Psychopathien und dem manisch-depressiven Formenkreis ist am häufigsten von den Epilepsien her. Man vergleiche dazu ihre dort von mir gegebene Schilderung¹⁾. Daß sie hier irgendwie organisch bedingt auftreten, kann keinem Zweifel unterliegen, auch nicht, daß sie in überwiegender Mehrzahl nicht erbbiologisch hergeleitet und im augenblicklichen Querschnitt (!) gesehen, nicht von „manisch-depressiven“ unterschieden werden können. Bekannt sind sie ferner von der Encephalitis lethargica (S t e r t z), aus den Anfangsstadien der Paralyse und von Lues-cerebri-Fällen, die als solche erst durch die serologischen Reaktionen erkannt werden. Ich kenne Depressionen, die klinisch dem Idealtyp durchaus entsprachen, und wo nur Auffälligkeiten in der Anamnese „zur Sicherheit“ zur Untersuchung von Blut und Liquor führten, die ein positives Ergebnis im Sinne einer Lues cerebri ergab. Eine manisch-depressive Belastung war nicht nachweisbar. Geläufig sind sie einem schließlich von der zerebralen Arteriosklerose und der Involution („Praesenium“) her. Allerdings kann man sich dem Eindruck nicht verschließen, daß hier häufig zu dem organischen Faktor eine individuelle affektive Disposition hinzukommen muß, wie aus den Eigenarten der prämorbidem Persönlichkeit hervorgeht, auch wenn keine manisch-depressive Belastung im engeren Sinne besteht.

Damit wäre das Thema: Mischung endogener und exogener Symptome angerührt und speziell die Frage, wie sich die affektiven Symptome im Bereich der exogenen R. T. verhalten. Diese alte Streitfrage kann man am schnellsten ihrer Klärung zuführen, wenn man sie so formuliert: Legt einem die klinische Erfahrung die Differentialdiagnose: manisch-depressives Irresein — exogen manisch gefärbte Bilder — häufig nahe oder nicht und ist ihre Entscheidung besonders schwierig? Nach meinen Erfahrungen bestand diese Schwierigkeit nur selten und die Differentialdiagnose war kaum besonders schwer, obwohl einige derartige Kranke mit erheblicherem Fieber in die Klinik kamen und keineswegs das lehrbuchmäßige Bild der Manie boten. Das Fehlen sicherer „heteronomer“ Erscheinungen, vor allem die deutlich durchscheinenden manischen Züge, schließlich der von der zugrunde liegenden körperlichen Erkrankung unbeeinflusste Verlauf und gegebenenfalls die Anamnese ließen die Diagnose immer richtig stellen. Es hatte sich also um exogen aus-

¹⁾ Epilepsie und man.-depr. Irresein.

gelöste Manien gehandelt. Eine ähnliche Auffassung äußert Stransky¹⁾. Er denkt auch beim manisch bzw. depressiv gefärbten Rausch in naheliegender Weise an eine vorhandene entsprechende Anlage.

Andererseits muß hervorgehoben werden, daß nach meinen Fällen, aber auch nach denen Kleists und Bonhoeffers, der wohl über das größte Material verfügt, im Verlaufe einwandfreier symptomatischer Psychosen reine manische Züge selten sind. Was man häufiger beobachtet, sind immer nur kurzdauernde Stimmungsschwankungen. Kleist hebt ausdrücklich hervor, daß er nirgends richtige melancholische oder manische Zustandsbilder in der Literatur beschrieben fand. Erwähnenswert ist darum in diesem Zusammenhange Fall 6 von Ewald, der mit einem ausgesprochen hypomanischen Zustand abklang. Ähnliches haben auch Kleist und Bonhoeffer bei Chorea beobachtet. Spechts Behauptung von der großen Häufigkeit homonomer Züge im Verlaufe, besonders im Beginn symptomatischer Psychosen, kann daher in Übereinstimmung mit Bonhoeffer nicht als der sonstigen Erfahrung standhaltend angesehen werden. Hält man sich die Zahlen vor Augen, so ist seit der Bonhoefferschen ersten Veröffentlichung schätzungsweise über mindestens 500 hierher gehörige Fälle berichtet worden. Ausgesprochene manische Bilder, wenn auch nur episodewise, gehören zu den Seltenheiten. Auch Ewald hat unter seinem Material keinen Fall gefunden, bei dem man mit Sicherheit hätte eine exogen bedingte Manie oder Melancholie diagnostizieren können. Bonhoeffer vermag nur in seinen zwei bekannten Fällen von Hirnerschütterung, von denen einer noch dazu in der Anamnese als grob und leicht aufbrausend geschildert wird, eine exogene Entstehung des manischen Bildes anzunehmen.

Specht bemängelt, daß man die Symptome fälschlich meist in lehrbuchmäßiger Reinheit fordere. Demgegenüber ist zu sagen, daß, selbst wenn man Euphorie zu den manischen Zügen rechnet, sie keineswegs im Krankheitsbild eine dominierende Rolle spielt. Andererseits ist es vom Spechtschen Standpunkt kaum zu verstehen, daß die reinen klassischen Bilder der Manie bzw. Melancholie hier so selten sind, da doch die Wahrscheinlichkeit sehr groß ist, daß in jedem unserer Fälle die mannigfachsten Intensitätsgrade toxischer Schädigung vorgekommen sind. Ewald führt an der Hand eines

¹⁾ Neuerdings auch Bostroem: „Über die Auslösung endogener Psychosen durch beginnende paralytische Hirnprozesse . . .“ Arch. f. Ps., Bd. 86.

entsprechenden Falles aus, daß die Steigerung der toxischen Schädlichkeit stets nicht zu einer gesteigerten Manie bzw. Melancholie, sondern zu einem exquisit heteronomen Krankheitsbild führe, was ich nur bestätigen kann.

Auch bei der Amentia kommt keineswegs die Differentialdiagnose gegenüber dem manisch-depressiven Irresein häufig in Frage, wenigstens viel seltener als gegenüber der Dementia-praecox-Gruppe.

Am richtigsten scheint mir die Bonhoeffersche Ansicht die Situation zu beleuchten, daß nämlich Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose der symptomatischen Psychosen besonders da aufzutreten scheinen, wo krankhafte Anlagen in Frage kommen. Was exogene melancholische Krankheitsbilder anbetrifft, so gibt Bonhoeffer, der besonders auf ihr Vorkommen geachtet hat, an, sie in keinem Falle gefunden zu haben.

Von hierher gehörigen Fällen will ich folgenden anführen.

Poliklinik, November 1918.

Fall 9. Frau *Litza G.*, 36 Jahre. In der Familie kein Auffälligkeiten, insonderheit nichts Manisch-Depressives. Keine Selbstmorde. Mutter litt in den Wechseljahren an Herzschwäche und Wassersucht. Dabei leichter Depressionszustand von 6wöchiger Dauer.

Patientin selbst nie nervös gewesen. Auch sonst nie auffällig. — Vor 3 Wochen Grippe. 1 Woche krank, dann einige Tage auf, dann Rückfall. Beim Abklingen gedrückte Stimmung, innere Unruhe, schlechter Schlaf, ängstliches Gefühl, machte sich Sorgen um die Zukunft. Zustand seitdem unverändert. Ausgesprochenes Krankheitsgefühl. Körperlich ohne Befund.

Katamnese Juni 1919: Seitdem völlig gesund. Psychische Konstitution nach eigener Angabe dem Durchschnitt entsprechend.

Es könnte sich demnach um eine exogen ausgelöste Depression bei einer früher anscheinend psychisch völlig gesunden Frau handeln. Verdächtig auf eine entsprechende Anlage ist die Angabe über einen ähnlichen Zustand, den ihre Mutter in den Wechseljahren durchmachte.

Macht man nun die Gegenprobe und durchmustert Krankengeschichten des manisch-depressiven Irreseins, so finden sich unter ihnen nur wenige Fälle, in denen an eine exogene (im engen Sinne) Auslösung gedacht werden müßte. Bonhoeffer meint ferner mit Recht, daß, wenn sich unter 500 Fällen von manisch-depressiver Erkrankung vielleicht einmal eine Steigerung zum Delirium acutum finde, man viel eher an Komplikationen vorläufig noch unbekannter Art denken müsse.

Was Bonhoeffer in seiner Zusammenstellung aus dem Jahre 1917 als exogen entstanden erwähnt, sind nur einige Angstzustände. Einen hierher gehörigen Fall führe ich im folgenden an.

Angstzustand mit Beziehungswahn. Chronische Nephritis.

Fall 10. Fritz Haack, geb. 1889. Angaben des Vaters: Keine erbliche Belastung. Normale erste Entwicklung. Stilles, ruhiges Kind. Wegen Schwächlichkeit nicht Soldat gewesen.

Soll schon zweimal seit Oktober 1913 einen ähnlichen Zustand gehabt haben. Genaueres sei ihm unbekannt, da Sohn damals auf Wanderschaft.

Sohn sei am 10. 12. 1913 abends ganz plötzlich erkrankt, wurde unruhig und ängstlich und war nicht im Bett zu halten. Glaubte sich verfolgt, lief aus dem Haus, trieb sich die ganze Nacht ohne Kopfbedeckung in der Stadt umher. Hatte innere Angst, daß ihm etwas zustoßen könnte, machte sich wegen allerhand Dinge unnötige Sorgen. Gestern Zustand außerordentlicher Angst, äußerte Selbstmordgedanken, war nicht im Bett zu halten.

Aufnahme 13. 12. 1913. Körperlicher Befund: Am Hals mehrere große, zum Teil tief eingezogene Inzisionsnarben. Am ganzen Körper reichlich kleinere, ausdrückbare Haarbalggeschwülste mit dunkelgelbem Inhalt. Mäßiger Ernährungszustand, blasses, etwas gelbliches Aussehen. Blutdruck 190 bis 210 mm Hg. nach Riva-Rocci. Urin etwas trübe, enthält Eiweiß und Zylinder. Neurologisch ohne Befund.

Eigene Angaben: Mit 5 oder 6 Jahren $\frac{1}{2}$ Jahr lang Nierenentzündung. Völlige Heilung. In der Lehrzeit häufig vereiterte Drüsen. Seit 6 Jahren nierenleidend. Seit August v. J. auf der Wanderung. Da habe er plötzlich das Gefühl gehabt, als ob zwei vorbeigehende Leute auf ihn paßten. Wandte sich vor Angst an einen Schutzmann, der meinte, es wäre wohl Verfolgungswahn. Wurde dem Bürgermeister vorgeführt, der ihn nach Hause sandte. Patient sei dann über Lübeck nach Hause gefahren. In einem Lübecker Gasthaus sei ihm aufgefallen, daß die anderen Gäste ihn beobachteten und sich etwas über ihn zuflüsterten. „Sie hatten etwas mit einem Messer vor... da sitzt ja das Biest.“ Von Lübeck nach Kiel auf der Eisenbahn ebenfalls Gefühl des Beobachtetwerdens. Angst nahm so zu, daß er schon einige Stationen vorher aus dem Zuge sprang. Sei dann die ganze Nacht hindurch gewandert und wieder nach Hamburg zurückgegangen. Angstzustände wiederholten sich oft; besonders abends Furcht vor den Menschen. Dann etwa 3 Wochen lang leidliches Wohlbefinden. Weil er wieder ängstlicher wurde, fuhr er in die Heimat. Am 10. 12. 1913 Verschlimmerung. Bestätigt Angaben des Vaters. Schlechter Schlaf, Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Kopfschmerzen.

Psychisches Verhalten: Nach Stimmenhören befragt, faßt er zunächst den Ausdruck nicht richtig auf. Auf genauere Erklärung gibt er an, so etwas habe er niemals gehabt. In seiner Angst sei es ihm aber wohl so vorgekommen, als ob die Leute sich mit ihm mehr als sonst beschäftigten, ihn mehr ansähen, „mißtrauisch von der Seite“. Von Hause sei er wegen Todesangst fortgelaufen, habe es im Bett einfach

nicht mehr aushalten können, trotzdem er gewußt habe, daß ihm von seinen Angehörigen nichts geschehen könne, habe er doch Angst gehabt. Draußen sei die Angst aber auch nicht besser geworden. Patient ist wenig ansprechbar. Gibt wenig und schwerfällig Auskunft. Schläft sehr viel am Tage. Kopfschmerzen, es sei ihm dösigt und müde im Kopf. Stets Angst. Kein Stimmenhören. Habe keinen bestimmten Anlaß zur Angst, die Pfleger seien freundlich, auch habe er ja niemand etwas getan. Urin: Eiweiß 1.5 ‰. Granulierte und homogene Zylinder. Spezifisches Gewicht 1042.

15. 12. 1913. Urinmenge (24 Stunden) 450 ccm, spezifisches Gewicht 1025, Eiweiß 1 ‰. Zylinder. Blutdruck 178 mm Hg. Patient ist etwas freier. Gegen Abend wieder mehr Angstgefühl, läßt sich aber leicht beruhigen.

16. 12. Erzählt heute Einzelheiten von der Fahrt nach Hamburg, habe bemerkt, wie die Leute im Flüsterton sich unterhielten. Er habe verstanden „gleich, wenn wir unterwegs sind, dann soll es losgehen“. Er habe das auch dem Stationsvorsteher gemeldet. Dieser habe ihm dann erlaubt, im Schaffnerabteil zu fahren. Gibt vormittags an, er fühle sich besser, habe keine Angst mehr. Nachmittags dagegen wieder Angstgefühl. Blutdruck abends 190 mm Hg. Eiweiß 0.1 ‰. Wenig Zylinder, reichlich Spermatozoen. Urinmenge 1378 ccm, spezifisches Gewicht 1012. Venenpunktion: dabei sehr ängstlich, bittet, man möge ihm doch nichts tun. Er habe doch gar nichts getan und wolle ja alles machen, was man von ihm haben wolle.

17. 12. Eiweiß in Spuren. Urinmenge 1720 ccm. Spezifisches Gewicht 1010. Gibt heute spontan an, es gehe ihm viel besser, er habe gar keine Angst. Zeigt Interesse für die Umgebung. Ist ansprechbar und zugänglicher. Guter Appetit.

20. 12. Urin eiweißfrei, kein Sediment. Patient ist dauernd frei. Gibt spontan an, er fühle sich nicht mehr dösigt und benommen im Kopf. Beschäftigt sich, liest. Kein Angstgefühl. Blutdruck 154 mm Hg.

25. 1. 1914. Seither unauffällig, macht immer einen stillen, etwas schüchternen Eindruck, soll nach Angabe des Vaters nie anders gewesen sein. Gewichtszunahme 12 Pfund.

Katamnese: März 1918 als Flieger bei einer Jagdstaffel. Gutes Befinden.

23. 2. 1919. Antwort auf Fragebogen: Nieren in Ordnung. Keine Angstzustände, keine traurige Stimmung. „heitere und lebenslustige Natur war ich schon früher nicht“. Am 27. 6. 1916 zum Militärdienst eingezogen: vom 30. 3. bis 20. 5. 1918 wegen Nierenleidens im Feldlazarett. Vom 20. 5. an etwa 5 Wochen lang wegen der Nieren in Heidelberg weiterbehandelt, dann Erholungsheim Rohrbach bei Heidelberg. Hier am 27. 6. 1918 rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie. Es bestehe noch große Schwäche im rechten Arm und Sprachstörungen.

Hervorzuheben ist, daß keine manisch-depressive Veranlagung nachzuweisen ist. Entstanden ist diese Psychose jedoch insofern auf dem Boden einer gewissen Disposition, als Patient stets still und etwas schüchtern gewesen sein soll.

Die psychotischen Erscheinungen sind dahin zusammenzufassen, daß das Primäre ein sehr lebhafter Angstaffekt mit konsekutiven ge-

steigerten Eigenbeziehungen ist, der eine chronische Nephritis begleitete. Anfangs soll Patient sich „unnötige Sorgen“ gemacht haben. Seit Oktober sollen bereits zwei ähnliche Zustände vorausgegangen sein. Es besteht die Möglichkeit, daß Verschlimmerungen des körperlichen Leidens zu diesen Zeiten auftraten. Auch in der Beobachtungszeit war ähnlich wie bei Ewald eine Parallelität zwischen psychischer und körperlicher Störung vorhanden.

Später war Pat. in der Klinik unter dem Bilde einer Pseudobulbärparalyse. Im Urin Eiweiß, Zylinder. Blutdruck 180 mm Hg. Stiller, anspruchsloser Mensch. Einen ganz analogen Fall beobachtete ich unlängst.

Besonders hervorzuheben ist an diesem Krankheitsbilde das Fehlen einer erheblicheren Bewußtseinstörung und der chronische Verlauf. Ähnliche Fälle scheint Brodsky im Auge gehabt zu haben. Auch Fall 10 von Ewald gehört wohl hierher, trotz seines deutlich manisch-depressiven Charakters.

Zusammenfassend kann man sagen, daß es sich um ein nach Kleist „homonomes“ Krankheitsbild gehandelt hat. Auf etwas Heteronomes, d. h. auf eine Bewußtseinstörung aber deuten die Angaben: schläft viel, hat Kopfschmerzen, ist dösig und müde im Kopf. Am besten faßt man das Krankheitsbild wohl dahin auf — ähnlich wie Kleist die Involutionssparanoia —, daß es sich hier um die exzessive Steigerung einer psychopathologischen Disposition unter dem Einflusse einer chronischen Schädlichkeit handelte. Wahrscheinlich ist hier gerade der Umstand, daß eine chronische Schädigung bestand, von Bedeutung für das psychische Bild gewesen, eine Auffassung, zu der auch Ewald neigt.

Im Hinblick auf die Bonhoefferschen Fälle von Kopfverletzung sei noch folgendes gesagt: Die Erfahrung hat bisher gelehrt, daß sowohl manische als insbesondere rein depressive Krankheitsbilder nach Kopfverletzungen zum mindesten zu den größten Seltenheiten gehören.

Depressive Bilder sah Forster nur bei den Sehirnverletzten, bei denen er sie als psychische Reaktion auf die subjektive Empfindung des Defektes zurückführt. Ähnlich erklärt er die nach ihm sekundär auf den Mangel an Antrieb hin eintretende intellektuelle und affektive Verkümmern. Dazu kommen dann noch die bekannten vasomotorischen Erscheinungen vieler Schädelverletzter wie Schwindel, Blutandrang nach dem Kopf bei Erregung, Kopfschmerzen usw., die die Kranken dauernd auf ihren Defekt hinlenken und so

naturgemäß die Stimmung beeinträchtigen, sie dazu zwingen, Erregendes und Anstrengungen zu meiden, kurz, auf diese Weise schließlich beim ersten Anblick ein endogenes melancholisches Bild vortäuschen. Ich stimme mit Forster dahin überein, daß es sich hier um ein Defektsymptom handelt. Mit der endogenen Depression haben diese Zustände, wie gesagt, nur eine äußerliche Ähnlichkeit, es finden sich ihre sonstigen bekannten Kardinalsymptome nicht bei diesen Kranken. Von sonstigen pathologischen Zustandsbildern erwähnt Forster noch bei Blutungen delirante Zustände und Dementia-praecox-ähnliche symptomatische Psychosen.

Im ganzen kann man also auch die bei Kopfverletzungen im Kriege gemachten Erfahrungen dahin zusammenfassen, daß man hier, außer den bekannten Beschwerden, den Korsakowschen Symptomenkomplex, Akinesen psychomotorischer Art, Wesensveränderungen im Sinne eines Defektes und Mangel an Antrieb beobachtet, kaum aber manische, depressive oder paranoide Zustandsbilder. Interessant ist, daß delirante bzw. amentiaähnliche Zustände erst dann beobachtet werden, wenn eine zirkumskripte erhebliche Gehirnschädigung (Blutung) akuter Natur auftritt, oder wenn eine Infektion einsetzt.

Zur Illustration des Themas: Mischung endogener und exogener Symptome diene ferner folgende Beobachtung:

Manisch-depressives Irresein. Stupor im Puerperium. Mastitis.

Fall 4. Frieda Litzk., geb. 1893. Ehemann gibt an: Keine erbliche Belastung. Kennt seine Frau seit 8 Jahren. Sie war stets gesund, fleißig, arbeitssam und psychisch völlig unauffällig. Nicht besonders still, nicht auffallend heiter. War gegen Tadel empfindlich, fing dann leicht zu weinen an. Nicht mißtrauisch.

4 gesunde Kinder. Keine Aborte. Nie körperliche Erkrankungen. Vor etwa 3 Wochen, Ende Oktober 1918, eine Woche lang Grippe, keine psychischen Auffälligkeiten.

Am 1. 11. 1918. Geburt eines Mädchens. Keine Arzthilfe. Frühgeburt von 8 Monaten. 3 Tage nach der Geburt litt sie an Blutstockungen. Da die Hebamme erkrankte, holte sie eine neue, worauf die Blutungen wieder aufgetreten seien. In der ersten Woche nach der Entbindung hohes Fieber, phantasierte dabei, war sehr ängstlich, glaubte, man wolle sie bestehlen und vergiften, wollte keine Medizin nehmen, redete viel vom Teufel. Die psychischen Störungen nahmen an Intensität zu. War sehr unruhig, warf die Kissen aus dem Bett, schlief nicht, schrie und jammerte viel. Sang viel, weinte dazwischen. Mann war stets gesund, keine Geschlechtskrankheiten.

Am 14. 11. Aufnahme in die Klinik. Gerötetes Gesicht, Fieber. An den inneren Organen nichts Auffälliges. Urin: Z. —, E. +. Neurologisch ohne Befund. Schwer zu untersuchen, da sehr ängstlich.

15. 11. Unterhaltung schwer möglich, da stark gehemmt oder ängstlich. Bei der körperlichen Untersuchung wehrt sie stark ab. Fiebergerötetes Gesicht. Große Bewegungsarmut, steht viel ratlos außerhalb des Bettes herum. Muß deshalb gewickelt werden, da sie sonst nicht im Bett bleibt.

Immer noch Fieber, starker übelriechender Fluor. Psychisch noch unverändert. Bei Annäherung ängstlich. Unterhält sich auch mit den Pflegerinnen und Nachbarinnen nicht. Muß zu allem angehalten, muß auch gefüttert werden. Lebhafter Blick bei sonstiger starker Hemmung. Verfolgt die Vorgänge auf der Abteilung mit den Augen, ohne ihre Körperhaltung zu ändern.

19. 11. Immer noch lebhafter Blick bei starker Hemmung. Befolgt Aufforderungen nur andeutungsweise und auch erst nach mehrmaliger eindringlicher Wiederholung. Zeitweise beantwortet sie Fragen nach ihren Personalien mit sehr leiser Stimme richtig. Gibt jedoch über ihr Innenleben keine Auskunft. Sieht Referent dabei nicht an, nur ab und zu ein scheues Aufblicken. Katalepsie, gesteigerte Lenkbarkeit, keine Benommenheit.

Konsultation der Frauenklinik: Bei der gynäkologischen Untersuchung sehr ängstlich, wehrt stark ab, ruft „Ich habe doch Kinder“.

21. 11. Sitzt in unbequemer Haltung halb aufgerichtet, leicht auf den einen Ellenbogen gestützt, ohne sich zu ändern, stundenlang im Bett. Beantwortet Fragen zunächst gar nicht, dann nur durch leises Nicken und Schütteln des Kopfes. Zeigt die Zunge erst nach mehrfach eindringlich wiederholter Aufforderung. Behält sie dann längere Zeit draußen. Nach den Kindern befragt, nennt sie die Zahl richtig, Gibt das Alter ihres jüngsten Kindes nicht an.

(Krank?) Nickt mit dem Kopf, antwortet auf eingehendere Fragen nicht. Ein ihr hingehaltenes Geldstück nimmt sie in die Hand, dreht es hin und her, antwortet jedoch nicht auf die Frage nach dem Wert des Geldstückes. Seufzt plötzlich tief auf. Von drei ihr hingehaltenen Geldstücken zeigt sie auf Aufforderung richtig auf das größte. Ihr vorgehaltene Finger zählt sie richtig. Sehr lebhafter Blick. Keine Katalepsie.

23. 11. Viel außerhalb des Bettes. Steht herum. Spricht spontan gar nichts. Antwortet auf Fragen auch nur selten und dann auch nur einsilbig, zögernd und mit sehr leiser Stimme. Auch motorische Hemmung.

24. 11. Klagt heute viel über starke Leibschmerzen, läuft in gebückter Haltung im Saal umher. Ovarialgegend beiderseits stark druckempfindlich.

27. 11. Anscheinend keine Leibschmerzen mehr. Seit gestern läßt die Hemmung nach. Gibt leidlich Auskunft, zögert noch sehr beim Antworten. Gibt Name und Alter richtig an, glaubt jedoch zu Hause zu sein. Weiß nicht, wie lange sie hier ist. (Tage, Monate, Jahre?) „Jahre noch nicht.“ Gibt die Zahl der Kinder richtig an. (Stationsärztin?) „Die kommt auch öfter.“ (Kürzlich entbunden?) „Ja, gehabt habe ich eins, ich war schon entbunden, es ist schon Monate her.“ (Junge, Mädchen?) „Mädchen“ (richtig). (Getauft?) „Nein, es soll Lotte heißen“ (spontan). „Da ist nachher eine Liebschaft zwischengekommen.“ Eine Erklärung dieser Äußerung ist nicht zu erlangen. Weiß, daß sie ihr Mann hierher gebracht hat.

28. 11. Beginn der Mastitis. Temperatur 37.2. Psychisch deutlich freier.

30. 11. Heute psychisch ganz frei. Auffallend veränderter Gesichtsausdruck. Antwortet prompt und verständig, keine Krankheitseinsicht. Gibt an, daß ihr jüngstes Kind ungefähr 6 Wochen alt sei. Im ganzen noch still und teilnahmslos. Verlegung auf die offene Abteilung.

2. 12. Stellt auf Befragen entschieden in Abrede, daß sie kopfkrank gewesen sei. (Wann Entbindung?) „Vor Weihnachten war es.“ (In welchem Jahr?) Nach längerem Besinnen: „1918.“ Antwortet heute sehr langsam, auf manche Fragen gar nicht. Gibt an, das Alter ihres jüngsten Kindes wisse sie nicht genau. Keine Einsicht dafür, daß das doch für eine Mutter ungewöhnlich sei. Meint, sie sei etwa 4 Wochen hier (2½ Wochen). Die Frage, weshalb sie hierher gekommen sei, wird nicht beantwortet.

Die Mastitis ist auf einen scharf abgegrenzten kleinapfelgroßen Knoten beschränkt, der weich ist und stellenweise fluktuirt. Patientin wird heute zur Behandlung in die chirurgische Klinik geschickt.

3. 12. Der mastitische Prozeß ist in der chirurgischen Klinik gespalten worden.

6. 12. Die Operationswunde granuliert gut. Eitersekretion kaum mehr vorhanden. Psychisch weiterhin freier geworden. Bittet um Arbeit. Lächelt oft bei der Unterhaltung. Gesichtsausdruck völlig anders und natürlicher als während der Psychose. Klagt noch über Mattigkeit in den Beinen.

10. 12. Steht auf und beschäftigt sich fleißig auf der Abteilung. Gar nicht mehr gehemmt. Freundliches, stilles Wesen. Auf die Frage, ob sie krank im Kopfe gewesen sei, antwortet sie, nachdem man ihr Einzelheiten aus ihrer Psychose erzählt hat: „Ein bißchen wohl.“ Operationswunde in der linken Brust fast abgeheilt.

13. 12. Hilft seit einigen Tagen fleißig auf der Abteilung, klagt nur noch über Mattigkeit und Schwäche in den Beinen. Ist jetzt psychisch vollkommen frei, gibt prompt und freundlich Auskunft. Sie sei direkt aus dem Wochenbett hierher gekommen. Das Kind sei 4 Wochen zu früh gekommen und sei auch zu klein gewesen. Nach der Grippe sei sie nicht wieder aufgestanden, sondern die Geburt habe begonnen, als sie noch der Grippe wegen im Bett lag. Erinnert sich noch gut an die Entbindung, weiß die Namen der Hebammen. Die Verwirrtheit habe erst einige Tage nach der Entbindung angefangen. Sie erinnere sich noch daran, wie die begonnen habe. Sie habe auch noch Erinnerung an den Transport hierher: sie sei im Krankenkorb gebracht worden. Beschreibt ihre Bettnachbarinnen aus den ersten Tagen der Psychose richtig, weiß aber ihre Namen nicht. Zur Zeit der Psychose habe sie sich nicht so wohl gefühlt wie jetzt. (Warum nicht gesprochen?) „Ich konnte nicht.“ Bestreitet, daß sie Wäsche zerrissen habe; vielmehr habe eine andere Patientin ihr die Nachjacke zerrissen. So still wie jetzt sei sie schon immer gewesen.

16. 12. Klinische Demonstration: Vollkommen abgeheilte symptomatische Psychose. Patientin gibt an, ihr Zustand sei sehr schlimm gewesen. Vollständige Krankheitseinsicht. Sie sei im Kopfe krank gewesen. Nach dem Befinden ihres jüngsten Kindes gefragt, erzählt sie, daß es gestorben sei. Ist nicht gleichgültig dagegen.

19. 12. Geheilt entlassen.

Es handelte sich hier um eine akinetische Psychose mit Neigung zu Haltungsstereotypien. Begonnen hatte sie mit ängstlichen Beinträchtigungsideen, die sich zu einem anscheinend deliranten Zustande ausbildeten. In der Klinik wurde nichts Delirantes mehr beobachtet.

Die Art der Entwicklung im Anschluß an eine fieberhafte Erkrankung im Puerperium bei einer früher unauffälligen Frau, die Desorientiertheit und das vollkommene Abklingen des pathologischen Zustandes mit guter Krankheitseinsicht sprachen für den symptomatischen Charakter und, wie schließlich der weitere Verlauf, gegen Dementia praecox.

Bemerkenswert ist, daß eine Bewußtseinsstörung im Verlauf der Psychose nicht auffiel. Sicherlich lag dies zum Teil daran, daß man von der Kranken schwer Auskunft bekam¹⁾. Von Einzelheiten bei unserer Psychose ist das ratlose Umherstehen außerhalb des Bettes und der lebhafte Blick bei sonstiger Hemmung, ähnlich wie bei Katatonischen, wie auch der Wechsel im Gesichtsausdruck hervorzuheben.

Die psychische Konstitution ist möglicherweise auch nicht ohne Einfluß auf die Färbung der Psychose gewesen. Nach Angabe des Mannes war sie von jeher empfindsam, nach ihrer eigenen Angabe von jeher still.

Das Interessanteste dieses früher publizierten Falles ist nun, daß die Patientin später noch einmal wegen einer idealtypischen Manie in unserer Klinik war, ohne daß exogene Momente auslösend oder symptomatologisch eine Rolle spielten. Man wird daher geneigt sein, eine erneute Bestätigung der Bonhoeffer'schen Anschauung anzunehmen, daß exogene Bilder kompliziert werden, sobald konstitutionelle affektive Dispositionen bei ihnen eine Rolle spielen, auch wenn wir anfangs für ihr Vorliegen nur geringe — wie in diesem Falle — Anhaltspunkte haben.

Die andere Möglichkeit — daß der stuporöse Zustand nur eine Phase des manisch-depressiven Irreseins gewesen sei, lehne ich wegen der deutlichen exogenen Einschlüge und der „exogenen Verlaufsform“ ab.

Zur Illustration der Seltenheit manisch gefärbter exogener Psychosen berichte ich noch über die einzigen beiden derartigen Fälle, die ich gesehen habe.

¹⁾ Trotzdem hat eine organische Bewußtseinsänderung vorgelegen, wie ihre Desorientiertheit am 27. 11. beweist.

Manisch gefärbte erogene Psychose.

Dade, Frieda, geb. 1886. In der Klinik 1920—21.

Eigene Angaben zur Vorgeschichte. Mutter heitere Natur. Nichts Nervöses. Geschwister Durchschnittsnaturen. Nichts Nervöses. Den richtigen Vater habe sie nicht kennengelernt. Ihre drei Kinder unauffällig. Großeltern unauffällig.

In der Familie keine nervösen Auffälligkeiten.

Sie selbst sei stets eine heitere Natur gewesen und habe Trauriges stets leicht überwinden können. War immer lustig und vergnügt. Kein Schwerblüter. Nichts Nervöses. 1913 wegen Nierenleidens hier in der medizinischen Klinik. Damals trotz hohen Fiebers keine symptomatische Psychose. Keine Stimmungsschwankungen. Gesellige Natur. Nichts ausgesprochen Hypomanisches.

Befund bei der Aufnahme: Neurologisch, innersekretorisch unauffällig. Geringes Fettpolster. Exsudat im rechten Douglas nach kriminellm Abort.

Verlauf: 12. 12. Gerötetes Gesicht. Beantwortet keine Frage sinngemäß. Undeutliche Sprechweise. Desorientiert. Ist nicht zu fixieren. Wird unruhig, ist kaum im Bett zu halten. Wirft die Kissen aus dem Bett. Reißt sich den Verband ab. Temperatur 37. Orientierung wechselt stark.

13. 12. Geordneter. Gibt besser Auskunft. Besser orientiert. Nachts wenig geschlafen, war erregt. Heute müde, schläft schnell ein, wenn man sich nicht mit ihr beschäftigt. Nachmittags hyperkinetisch. Inkohärenter Rededrang. Vereinzelte Klangreime. Dabei später gute Orientierung. Spricht von sich in der dritten Person. Verwertet viele aus der Umgebung kommenden Sinneseindrücke in ihren sprachlichen Äußerungen. Dabei Klangreime. Ideenflucht stellenweise angedeutet.

14. 12. Unruhig. Dauernder Rededrang. Wandert im Saal umher. Große Ablenkbarkeit. Temperatur morgens 37,9. Zeitlich nicht genau orientiert.

Klinische Vorstellung: Örtlich gut, zeitlich leidlich orientiert. Weiß nicht, wie lange hier in der Klinik. Redet Dozenten richtig mit Titel an. Leicht heitere Miene. Nicht voll die Situation verstehend. Rededrang. „Heute Montag, ich glaube den 12. 12. Dienstag sagten Sie? Ich bitte schön, ich danke schön. Ich darf nicht sagen, warum ich hierherkam. Ich bin nicht im geringsten nervenkrank. Ich danke schön, Herr Direktor. Bekomme ich Strafe? (Anscheinend spielt sie auf einen artefiziellen Abort an.) Dann will ich Ihnen, mal was sagen.“ Kritisiert die Umgebung in naiver Weise. Macht ungeniert mit lauter Stimme kritische Bemerkungen zu den Ausführungen des Dozenten. Manchmal Klangreime. „Echolalische Sachen sagen Sie? Das kenne ich gar nicht.“ Lacht auf. Redet unaufhörlich, dabei lebhafteste Gesten, ist leicht ablenkbar. Sich selbst überlassen, macht sie manchmal Äußerungen, als wäre sie noch in der Frauenklinik. Dabei passive Rückenlage. In ihrer Art etwas Monotones, nichts lebenswürdig Heiteres. Nichts Witziges. Nicht schlagfertig, redet mehr in plumper schwadronierender Weise

dazwischen. Im ganzen Verhalten etwas Grobes und Gewaltsames.

15. 12. Immer noch unruhig, verläßt das Bett, wirft die Betten in den Saal. Zieht das Hemd aus. Läßt sich nicht beeinflussen. Redet fortwährend laut darauf los, ohne auf Einwände hinzuhören. Zeitweise gereizt. Greift dann die Pflegerinnen an. Schimpft in den gemeinsten Ausdrücken.

17. 12. Heute auffallend still. Weinte zeitweilig darüber, daß man sie nicht nach Hause lasse. Nachmittags jedoch wieder erregt.

18. 12. Heute wieder ziemlich ruhig.

19. 12. Still, unauffällig. Unterhielt sich nett mit dem sie besuchenden Mann. Temperaturanstieg auf 39,8. 21. 12. Temperatur fällt langsam ab. Zeitweise wieder verworrene Äußerungen.

22. 12. Verlegt nach der ruhigen Abteilung. Vollkommen unauffällig. Gute Krankheitseinsicht. Hat eine auffallend gute Erinnerung an Einzelheiten aus ihrer Psychose. Weiß, daß sie im Hörsaal war. Auf die Frage, ob sie in der psychotischen Zeit sehr lustig gewesen sei, vermag sie keine Antwort zu geben. Im Wesen: heitere Natur, gesprächig, redselig nett und lebhaft. „So sei sie schon immer gewesen. Kopfhängerisch sein, das habe sie nie gekannt.

Nachuntersuchung: November 1923. Stellt sich vor. Sie fühle sich völlig gesund. Keine nervösen Auffälligkeiten. Nettes energisches Wesen.

Zusammenfassung: Bei einer vielleicht als hypomanisch zu charakterisierenden Persönlichkeit tritt einige Jahre vor der Kliniksbehandlung trotz hohen Fiebers keine psychische Störung auf, dagegen im Anschluß an die septische Komplikation eines Abortes trotz geringen Fiebers ein sicher zu diagnostizierendes exogenes Bild mit manischer Färbung, das allerdings nicht dem Idealtyp der Manie entsprach. Anfangs bestand ein schwerer hyperkinetischer Zustand, der — man könnte sagen — im Abklingen zu einem manisch gefärbten Bild führte.

Erogene Psychose manischer Färbung.

Marie Vang., geb. 1892. Aufgenommen 1925. Als Kind Krämpfe. Ein Kind früh vereinzelte Krämpfe.

In der Klinik: Hypochondrisch depressiv. Redete inkohärent — gereizt. Visionen. Stimmen. Manisch, aber nicht flott. Grimassen, albern, läppisch, schimpft unflätig. Meist oberflächlich heiter. Selbstgespräche. Völlig desorientiert. Zweimal 14 000 Leukozyten festgestellt. Delirant. Nystagmus. Grimassiert. Kopfschütteln. Pseudospontanbewegungen mit den Armen.

Noch völlig desorientiert, meist heiter. Temperatur 38,2. Dekubitus. Singt und lacht den ganzen Tag. 15. 6. Hypomanisch. Besserung. Wieder hypomanisch. Bei Entlassung noch etwas hypomanisch.

Als Beispiel einer Komplikation einer melancholischen Erkrankung durch einen migränösen Zustand heteronom-psychotischer Natur folgt der Fall:

Emmi G., geb. 1883. Aufgenommen 14. 9. 1920. Vorgeschichte: Vater heitere Natur, gutmütig, gesellig; seine zweite Ehe wurde geschieden, die dritte Ehe war unglücklich. Soll in den letzten Lebensjahren schwermütig gewesen sein. Selbstmord mit 58 Jahren. Mutter starb, als Ref. 5 Jahre alt war. Bruder der Mutter hat sich erschossen, „war vielleicht schwermütig“. Von des Vaters Geschwistern sind keine abnormen Züge bekannt. Eigene Geschwister: 3 Brüder, tüchtig, begabt, heitere Naturen, der eine in jungen Jahren etwas leichtsinnig. Eine Schwester etwas nervös, schlafe zeitweise schlecht. Pat. selbst sei von jeher ernst veranlagt, anschniegssam, gutmütig, galt bis zum 22. Jahre für eine heitere Natur. 1906 Heirat, unglückliche Ehe, war eifersüchtig, grübelte viel. 1917—1918 traurige Stimmung, wenn sie auch in Gesellschaft dabei heiter sein konnte. Mann verließ sie 1920. Seit Juni 1920 depressiv.

Bei der Aufnahme sehr unruhig und depressiv, Ver-sündigungs-ideen, Lebensüberdruß, Denkerschwerung, Grü-beln. Selbstmordversuche. Ende September 1920 hochgradige Angst, Gewichtsabnahme, vergrämter Gesichtsausdruck, Grübelsucht. Klagen über spontane, nicht affektiv bedingte Tränenhypersekretion. Anfang Oktober leichte Beruhigung, Zunahme der Interessen, Nachlassen der Denkhemmung. Zustandsbild wechselt an Intensität.

10. 12. 1920. Fiel heute dadurch auf, daß sie angab, draußenschnie es, in der Wand an ihrem Bett müsse eine Klingel sein, denn sie höre es dort dauernd klingeln, auf dem weißen Ärmel der Pflegerin sehe sie rote Blumen, der Lampenschirm sei grün (gelb+). Es sähe alles so groß aus im Zimmer. Im Affekt nicht anders als sonst.

14. 12. Gestern Suizidversuch. Behauptet heute wieder, es regne draußens, sie höre deutlich die Regentropfen fallen (Sonnenschein!). Auf der weißen Bettdecke sähe sie rote Blumen, es werde ihr bald finster, bald hell vor den Augen. Nichts Migräneartiges nachzuweisen. Gehemmt, langsame, monotone Sprechweise.

27. 2. 1921. Klagt über Kopfschmerzen, Schwindel und Ohrensausen.

3. 3. Starke Kopfschmerzen. Depressionszustand unverändert.

16. 3. Starke Kopfschmerzen mit erschwerter Wort-findung. Kein Doppeltsehen.

19. 3. Seit gestern abend lebhaftes Schwindelgefühl, Gefühl der Be-nommenheit und rechtsseitige Kopfschmerzen. Augen-Hintergrund normal, Blutdruck normal, beim Gehen Taumeln, neurologisch völlig normaler Befund.

30. 3. Kopfschmerzen und Schwindelerscheinungen haben erheblich nach-gelassen. Im Psychischen noch gröbere Schwankungen.

4. 4. Suizidversuch.

9. 4. Wieder sehr ängstlich, Lebensüberdruß, weint viel.

14. 4. Klagt über das Zwangsmäßige vieler Gedan-ken-gänge. Immer dieselben Selbstvorwürfe, wenig Interesse für andere. Hoff-nungslosigkeit.

16. 4. Heute sehr unruhig, wirft sich fortgesetzt im Bett hin und her, schreit laut: „Der Mann soll fortgehen, er kann mich zwingen, weiterzuleben“, weint heftig, ringt die Hände, klagt über Kopfschmerzen.

18. 6. Psychischer Zustand entspricht wieder dem Durchschnitt bei ihr, Kopfschmerzen klingen ab.

20. 6. Klagen über starke Kopfschmerzen, heftige Unruhe. Lautes Jammern, sie habe in sich ein so komisches Gefühl, wie sie es nicht beschreiben könne. Sie sähe alles richtig vor sich, aber immer stehe ein Mann dazwischen. Schrie gegen Abend: „Nehmt doch den Mann fort.“

21. 6. Suchte nachts im Zimmer umher, meinte, Männer zu sehen. Heute ist die Kranke verwirrt, Personenverkennung, eine im gleichen Zimmer liegende Patientin hält sie für abgereist, „die ist in einem Flitterkleid fortgereist in Begleitung von Männern. Die hat immer Lysol geholt.“ Eine andere Kranke, mit der sie sich in letzter Zeit angefreundet hatte, hält sie für eine Neuaufnahme, dabei wälzt und wirft sie sich andauernd im Bett hin und her. Lacht plötzlich laut auf, weint oder jammert. Dauer dieses Zustandes stundenlang. Dabei sehr ängstlich, Klagen über starke Kopfschmerzen, ruft unvermittelt: „Die haben mir meine Deutsche weggenommen. Hier kommen immer so viele Männer herein, die Kranke neben mir ist gestern mit einem Italiener fortgefahren.“ Kennt die Ärzte nicht, glaubt in einem Hotel zu sein, ruft: „Ober, kommen Sie, ich will zahlen.“

22. 6. Unverändert verwirrt, erkennt ihre Umgebung nicht, klagt über Kopfschmerzen, wälzt sich hin und her, sieht Männer im Zimmer.

24. 6. Heute morgen klar, orientiert. Erkennt Mitkranke und Ärzte, Mattigkeit. „Es ist mir alles wie im Traum, es ist mir so komisch, ich kann nicht sagen wie.“ Auf Befragen gibt sie an, sie sähe schwarze Punkte vor den Augen, dazu komische Figuren, bald zickzack, bald rund. Starke Kopfschmerzen. Kribbeln in den Fingern, die Zunge sei steif, keine Übelkeit, kein Erbrechen, es sei ihr so „wie wenn das Blut im Herzen stillstehe.“ Schwindelgefühl. Dösigkeit. In einem heute geschriebenen Briefe: „Ich soll inzwischen krank gewesen sein, hatte aber nur immer so große Kopfschmerzen, schicke mir doch paar Punkte, ich bin jetzt indische Flammentänzerin geworden.“ Mittags wieder sehr erregt, wirft sich unruhig hin und her, ringt außer sich die Hände, ist desorientiert, verlangt die Kleider, weil sie als indische Flammentänzerin in Hamburg auftreten wolle.

25. 6. Heute früh ruhiger, weiß nicht, in welcher Stadt sie ist und nicht in welchem Krankenhause. Meint, sie sei von hier aus vor einiger Zeit bei ihrer Schwester gewesen und erst kürzlich wieder zurückgekehrt. Äußert spontan öfters: „Alles ist mir wie im Traum.“ Vor ihren Augen sähe sie grauschwarze Punkte, die umherflögen und sich zu allerlei Gestalten zusammenschlössen. Sie sähe zak-kige Figuren wie Blitze, alles sei indessen verschwommen. Drei Tage lang bis gestern habe sie überhaupt nichts von sich gewußt, diese Tage seien ganz aus ihrer Erinnerung ausgelöscht. Sie wisse nur noch, daß sie Kopfschmerzen gehabt habe, auch früher habe sie schon ähnliche Zustände gehabt. Weiß nichts von der indischen Flammentänzerin und den Männern.

27. 6. Sechs Tage seien wie aus ihrem Gedächtnis ausgelöscht, erinnert sich nicht, den Brief geschrieben zu haben, der ihr vorgelegt wird, erinnert sich nicht, daß sie auf Verlangen ihre migräneartigen Gesichtserscheinungen

aufgezeichnet hat, als ihr diese vorgelegt werden. Das sei ihr alles wie ein Traum. Klagt noch über Kopfschmerzen im Hinterkopf und in der Stirn, ferner Schmerzen im Nacken. Heute morgen und gestern abend habe sie das Gefühl gehabt, wie wenn auf ihrer linken Seite und in ihrem linken Arm eine Lähmung aufgetrete, dabei Taubheitsgefühl. Vor 1½ Jahren habe sie bereits eine Nervenlähmung gehabt, damals seien rechter Arm und rechtes Bein und die rechte Halsseite gelähmt gewesen. Die Lähmung sei plötzlich aufgetreten und habe 8 Tage gedauert. Auch habe sie damals viel erzählt so wie jetzt, wovon sie nachher nichts gewußt habe. Ganz klar sei sie auch jetzt noch nicht. Auch jetzt sähe sie vor ihren Augen verwaschene grauschwarze zackige Figuren. Ihr Denken sei noch nicht klar. In ihrem früheren Leben sei sie oftmals ohnmächtig geworden und auch dieser Zustand sei so plötzlich wie eine Ohnmacht über sie gekommen. Erzählt mit matter Stimme, freundlich, ist besorgt, daß nicht etwa der Zustand wiederkehre.

28. 6. Die Kopfschmerzen haben nachgelassen. „Die Sinne sind mir immer noch weg, in mir ist noch solch komisches Gefühl. Ich kann gar nicht sagen, wie.“ Für 4—5 Tage (21.—25. 6.), und zwar sehr plötzlich einsetzend, hat sie völlige, für einen Tag (vorgestern) teilweise Amnesie.

29. 6. Heute morgen erneut erhebliche Zunahme der Kopfschmerzen, Kribbelgefühl in den Fingerspitzen.

5. 7. Die Kopfschmerzen haben erheblich nachgelassen. Brief an die Schwester: „Ich habe immer so große Schmerzen im Kopf und in den Armen, ich kann es oft nicht ertragen . . . Denke Dir nur, ich habe gar nicht gelebt, da war ich auf dem Mars . . . Weißt Du schon, daß mein Mann Filmregisseur geworden ist, er war ja immer so komisch: die blonde Diva ist jetzt seine Frau. Ich wußte es ja schon lange, aber es wird alles noch geheim gehalten. Wenn ich bloß nicht immer diese furchtbaren Schmerzen hätte . . ., ich kann vor Schmerzen oft kaum sprechen . . . es ist mir immer, als ob das ganze Blut vergiftet sei.“

10. 7. Klagt wieder über heftige Kopfschmerzen.

28. 7. Fortgesetzt Kopfschmerzen mit Dösigkeitsgefühl. Unerträgliche Kopfschmerzen. erinnert sich an die Vorgänge der letzten Wochen nur schlecht, an viele gar nicht.

7. 9. Inzwischen stark depressiv, ängstlich und unruhig. Seit mehreren Tagen wieder „komisches Gefühl“, „als wenn sie nicht mehr in der Wirklichkeit wäre — wie im Traume.“ Dummer Schmerz im Kopf. Ständig Punkte und zackige Figuren vor Augen. Gute Orientierung.

10. 9. Mit lebhaftem Affekt vorgebrachte Klagen. Stark depressiv und ängstlich. Heute besonders lebhafte Klagen über Sehstörungen, Figuren, Flaken, schwarze Schatten vor den Augen und Herzbeschwerden. Pat. schließt bei der Exploration plötzlich die Augen: beschleunigte Atmung, rotes Gesicht, Puls weich, kaum fühlbar, unregelmäßig. Nach 2 Minuten öffnet sie die Augen, gibt an, ein beängstigendes komisches Gefühl gehabt zu haben mit Blutandrang nach dem Kopfe und Schwindelgefühl. Weiß nicht, daß Referent ihr eben den Puls gefühlt hat und kann sich auch auf die Ereignisse der letzten Tage nur undeutlich bzw. gar nicht besinnen.

21. 9. Schmerzen in der Herzgegend. Noch keine Besserung im Befinden. Fast dauernd Kopfschmerzen. „als ob die Nerven über den Augen zer-

schnitten würden“. Innere Unruhe. Gesicht zeitweilig hochrot. Puls dann klein und weich.

4. 10. Seit einigen Tagen Besserung. Zunehmendes Interesse. Außer Bett. Leidlicher Schlaf. Guter Appetit.

15. 10. Beschreibt jetzt noch einmal ihre „komischen Zustände“. Kopfschmerzen; könne dann nicht klar denken; es sei ihr dann alles so verschwommen und verschleiert. Dabei Herzanst. Es sei ihr wie ein Traum.

In der Folge klagsam empfindlich. fühlt sich zurückgesetzt, hat viel Sorgen. Ernster Gesichtsausdruck, tränenfeuchter Blick. Still für sich. Beklagt sich darüber, daß sie nicht verstanden würde.

29. 11. Besserung. Zunahme des Interesses. Zugänglicher und zufriedener. Neigung zu Kontrastideen.

7. 1. 1922. Die Besserung macht solche Fortschritte, daß Pat. am 14. 1. zu ihrer Schwester entlassen werden kann. Zeitweilig noch Denkerschwerung. Die Stimmung ist leidlich gut.

2. Aufnahme. 27. 4. bis 31. 7. 1922.

Nach der Entlassung habe sie sich meist „leer und besinnungslos“ gefühlt und sich nur wenig beschäftigen können. Auch Migräneanfälle habe sie wieder gehabt. Seit Ostern könne sie wieder nicht mehr schlafen. Stimmung hier bei der 2. Aufnahme wieder traurig, unfähig, sich über etwas zu freuen, nervös. Trotzdem lebhaftes, etwas kokettes Wesen. Schlaflosigkeit.

7. 5. Sitzt jetzt viel, im Gegensatz zu früher, mit anderen Kranken zusammen. Arbeitet. Geht viel aus. Noch immer bezüglich Heilung hoffnungslos.

17. 5. Regt sich über eine Geldangelegenheit sehr auf. Es bestehen wieder nicht allzu heftige Kopfschmerzen.

15. 5. Schlaf und Stimmung schlecht, kein Selbstvertrauen.

27. 5. Widerwillen gegen Speisen. Viel Klagen. Schlaflosigkeit. Denkerschwerung. Ihr gehe alles so durcheinander.

5. 6. In der letzten Woche Änderung des Zustandsbildes. Keine Klage. Ging viel aus (Konzert, Kaffee). Zwischendurch geradezu ausgelassen. Spielte die Jugendliche. Gab sehr viel Wert auf das Äußere. Lief und schlug sich spielend mit anderen Pat.

10. 6. Depressiver Rückschlag.

15. 6. Wieder hypomanisch.

Körperlich außer Hörstörung konstitutioneller Natur (Otosklerose), nichts Auffälliges. Wassermann im Blute negativ.

Zusammenfassung: Bei einer konstitutionell depressiven Patientin treten im Verlaufe der sonst typischen Melancholie mit leichtem hypomanischen Nachstadium plötzlich Symptome auf, die von vornherein als fremd auffallen. Bei den ersten anscheinend halluzinatorischen Erscheinungen wurde gleich an die Möglichkeit einer Migräne gedacht. Es gelang jedoch nicht, Entsprechendes sicher nachzuweisen. Später aber wurden diese Zustände grob in diesem Sinne auffällig. Es bildeten sich Verwirrheitszustände mit halluzinatorischen Erscheinungen und phantastischen traumartigen Erlebnissen mit Desorientiertheit und nachfolgender Amnesie heraus. Nebenher

gingen heftige Kopfschmerzen mit Augenerscheinungen, wie sie von der Migräne her bekannt sind. Einmal wurde ein kollapsartiges Verhalten in einem solchen Zustand beobachtet. Die Kopfschmerzen wechselten an Intensität. Nach Abklingen der Kopfschmerzperiode hörten auch die aus dem Rahmen der Melancholie fallenden Symptome auf. Eine Schwester der Pat. leidet ebenfalls an Migräne. Die Annahme liegt also nahe, daß die heteronomen Episoden auf einen — wie man vergleichend mit der Epilepsie sagen kann — *status migrānosus* zurückzuführen sind.

Auch hier führte also nur die konditionelle Betrachtungsweise zu einer zufriedenstellenden Aufklärung der Komplikation mit heteronomen exogenen Zügen. Es handelte sich um die Koppelung zweier Dispositionen: einer manisch-depressiven und einer migränösen.

Erwähnt sei noch, daß unter Umständen die nicht seltenen Personenverkennungen der Manischen den Verdacht auf eine Desorientiertheit, also eine exogene Komplikation nahelegen könnten. Sie sind jedoch rein psychologisch zu erklären: Entweder handelt es sich um scherzhafte Ironisierungen des Untersuchers oder um affektogene illusionäre Umdeutungen — während der depressive Affekt Fremdheitsgefühle gegenüber der Umwelt mit sich bringt, macht der manische Affekt das Gegenteil, „assimilatorische Tendenz“ —, manchmal im Sinne von aus der prämorbidem Zeit stammenden Wunschtendenzen.

Zusammenfassend muß demnach festgestellt werden, daß zwar affektive Färbungen bei exogenen Psychosen häufig sind, mehr idealtypische manische oder depressive Bilder aber zu besonderer Erklärung zwingen.

Da man bisher die Rätsel des manisch-depressiven Irreseins öfters mit der Annahme der erblichen Verursachung gelöst glaubte, hat man sich andere Fragestellungen erschwert. Ich führe daher jetzt Beobachtungen an, die in Form eines klinischen Indizienbeweises dafür sprechen, daß idealtypische manische Bilder organisch bedingt sein können.

Organisch bedingte manisch-hyperkinetische Psychose.

Gustav Schmi., geb. 1886. Mitglied einer religiösen Sekte. Einige Tage vor der Aufnahme von mir untersucht: ausgesprochen manisches Bild: Ausgesprochen heitere Affektlage, Bewegungsdrang, Bewegungen sehr kräftig, dem großen Kraftgefühl entsprechend, stark gehobenes Selbstgefühl,

nur leichte Ideenflucht, witzige, schlagfertige Bemerkungen, sehr jovial, sehr laute Sprechweise, Gesamteindruck: Großer Kraftüberschuß, einwandfreimanisches Bild.

Vorgeschichte, erhoben von Frau und Bruder des Pat.:

In der Familie keine G. K. Mutter sehr weichmütig, leicht gerührt, Vater mehr ernst, still. Keine Hypomaniker in der Familie. 10 Geschwister. Alle sehr religiös erzogen, da die Mutter sehr religiös war (Mitglieder einer Sekte). Von 10 Geschwistern 4 gestorben an Infektionskrankheiten. Die Geschwister alle ruhige, besonnene Menschen. Keine auffallende Gemütsschwankungen, mit Ausnahme des Ref., der im Anschluß an geschäftliche Sorgen leicht sehr niedergedrückt war.

Pat. selbst als Kind recht lebhaft, mittelmäßiger Schüler. War bis zum 20. Lebensjahr recht lebhaft und lustig. Seit dem 20. Lebensjahr gleichmäßig, ernst, still. Im Kriege viel an der Front, hatte zwei eitrige Mandelentzündungen mit Abszeßbildungen. Keine Verletzungen.

1926 Heirat. 1 gesundes Kind. Bis Beginn der jetzigen Erkrankung auch sonst keine Auffälligkeiten.

Ende Juli Rheinlandreise mit seiner Frau. Klagte viel über Kopfschmerzen, sonst keine Auffälligkeiten.

Vor 3 Wochen auf der Fahrt im Auto Krampfanfall. Es soll vorwiegend die linke Seite gezuckt haben, drehte sich nach links, war bewußtlos, Gesicht bläulich, Schaum vor dem Mund. Krämpfe dauerten einige Minuten. 20 Minuten bewußtlos. Sprach anfangs etwas schwer, dann wurde die Sprache wieder gut. (Die berichtende Ehefrau war Krankenschwester!)

Nach einigen Tagen fiel dem Bruder auf, daß er sehr leicht erregbar war. Klagte über die Schrecklichkeit des Gefühls, wenn man das Bewußtsein hat, den Verstand zu verlieren. Regte sich über jede Kleinigkeit auf.

Von Tag zu Tag zunehmende Verschlechterung. Sehr lebhaft, überlustig, hochgradiger Rededrang, ausgesprochene Ideenflucht. Zeitweise Weinausbrüche. Sprach viel davon, daß er sich mit dem General unterhalten habe.

Seit Sonnabend halluziniert er, er unterhält sich mit seinem „General“. Wurde immer verworrener und erregbarer, schrie fast den ganzen Tag. Gewisse Krankheitseinsicht. Zeitweise Größenideen, habe alle Ämter zu verteilen, spricht mit Hindenburg. Sehr leichtsinnig geworden in Geldangelegenheiten. Allmählich wurde die Stimme ganz heiser infolge des vielen Sprechens. Wegen zunehmender Verschlechterung eingeliefert.

Befund: Apoplektischer Habitus. Innere Organe o. B. Mittelgroß, reichlich genährt. Haut und Schleimhäute gut durchblutet. Breiter Thorax. Keine Ödeme. Herz: o. B. Leber nicht palpabel.

Neurologisch: Pupillen o. B. Licht- und Konvergenzreaktion +, Fundus o. B. Kein Nystagmus, Augenbewegungen frei. Hirnnerven rechts = links o. B. Sprache: artikulatorisch o. B. Kein Silbenstolpern. Keine Ataxie; Gang o. B. Keine Dysdiadochokinese. Kein Tremor. Tonus rechts = links o. B. B. D. R. u. Cr. R. rechts = links +. R. P. R. u. Tr. R. rechts = links +, P. S. R. bds. schwach +, Ach. S. R. rechts = links +. Klöni, Oppenheim, Rossolimo, Babinski negativ. Sensibilität: Bei der bestehenden Erregung des Kranken nicht zu prüfen.

Die Untersuchung von Blut und Liquor nach Wassermann, Sachs, Georgi und Meinicke fiel negativ aus. Zellbefund und Liquor normal.

Psychischer Befund am 6. 9. 1928: Starker, seit gestern noch zunehmender Rede- und Bewegungsdrang bei gehobener Grundstimmung. Bis zur Inkohärenz gehende Ideenflucht. — Ist kaum zu fixieren. Brüllt zeitweise mit gewaltigem Pathos irgendwelche theatralische Ausdrücke. Dabei rascher Affektwechsel: einmal drohende Haltung, dann sofort wieder begütigend. Zeitweilig kehren in interkurrierender und stereotyper Form plötzliche Redewendungen wieder, indem er sich z. B. an einen Pat. mit etwa den Worten wendet: „Nicht wahr, Vater, hilf mir!“ Zeitweilig ausgesprochene psychomotorische Bewegungsunruhe: Hebt beide Arme senkrecht hoch und macht dabei etliche schnaufende Atemzüge. Zeitlich nicht völlig orientiert. Irrt sich um 3 Wochentage. (Monat?) „Anfang September, wie weiß ich nicht.“

10. 9. Fast dauernd Temperaturen bis 38,8° (interne Untersuchung ergab nichts). Zeitweilig hochgradige Erregung: Völlig inkohärenter Rededrang, wobei eine drohende und aggressive Haltung plötzlich in Lachen oder Weinerlichkeit umschwenkt. Oft ausgesprochen psychomotorische Bewegungen bzw. Haltungen. Nahrungsaufnahme wechselnd, meist wenig. Blaß-gelbliches Aussehen. — Zeitweilig ist Pat. halbtage-lang auch ohne Mittel ruhig und schläfrig, meist ist während dieser Zeiten auch die Temperatur niedriger.

17. 11. Seit einigen Tagen fieberfrei. Psychisch im allgemeinen freier, ist zeitlich leidlich zu fixieren, geringere motorische Unruhe und geringerer Rededrang. Aber immer noch manischer, z. T. inkohärenter Rededrang mit etlichen psychomotorischen Bewegungen. Nur sehr mäßige Nahrungsaufnahme.

22. 9. Motorisch ruhig, fieberfrei, geringer Rededrang. Ist zwar zu fixieren, ist aber dann bald sprunghaft. Dauernd gleichbleibende manisch-euphorische Affektlage.

1. 10. Fieberfrei, aber dauernd bei jeder geringen Erregung starke Pulsfrequenz. Motorisch ruhig. Hypomanische, gleichbleibende Stimmungslage. Gelegentlich allerlei inhaltlich wechselnde paranoische Ideen: In der Milch sei Morphium, der Oberpfleger verzehre ihm seine Eß-Sachen usw. Bei kurzem Besuch seiner Frau sofortige zunehmende Erregung, wird laut, allerlei in abgerissener Form vorgebrachte, inkohärente und inhaltlich abwegige Bemerkungen. Starke Pulsfrequenz.

20. 10. Trotz Digitalis noch immer ausgesprochene Tachykardie dabei subjektives Wohlbefinden. Noch immer keine volle Krankheitseinsicht. Ausgesprochene dissimulatorische Tendenz, verhält sich im allgemeinen ruhig. Vor 8 Tagen nachts plötzlich vorübergehender Angstzustand, schrie auf, es würde ihm jemand die Kehle zuschnüren. Schlaf ohne Mittel gut. Liest in letzter Zeit viel. Noch immer gehobene Stimmung. Leichter ideenflüchtiger Rededrang.

2. 11. Zuletzt im Einzelzimmer, verhält sich geordnet. Bei eingehender Untersuchung zeigt sich, daß noch immer keine volle Krankheitseinsicht besteht. Wird gegen leichten Revers nach Hause entlassen.

Die charakterologischen Angaben zur Familiengeschichte und die Schilderung seiner präpsychotischen Persönlichkeit sprechen für

eine affektive konstitutionelle Disposition. Nach vorausgegangenen Kopfschmerzen trat plötzlich 3 Wochen vor der Aufnahme zum ersten Male in seinem Leben ein epileptischer Krampfanfall mit Halbseitenerscheinungen auf. Darauf einige Tage leicht erregbar. Klagte selbst über die Schrecklichkeit des Gefühls, den Verstand verlieren zu sollen. Dann zunehmend manisch, zeitweise Weinausbrüche. Größenideen, die z. T. in plastisch-halluzinatorischer Art vorgebracht werden. Starke Erregung. Einige Tage vor der Aufnahme sah ich bei ihm ein schweres idealtypisches manisches Bild. In der Klinik anfangs zunehmender Rede- und Bewegungsdrang und bis zur Inkohärenz gehende Ideenflucht. Dann psychomotorisch-hyperkinetische Erscheinungen. Zeitlich jetzt nicht völlig orientiert. Rascher Affektwechsel. Schläfrigkeit. Hypomanisches Nachstadium mit paranoischem Einschlag. Plötzlicher Angstzustand. Bei der Entlassung noch hypomanisch.

Der Beginn mit einem erstmaligen epileptischen Anfall, die leichten exogenen Einschlüge (zeitlich ungenau orientiert, Schläfrigkeit), das Fieber, die Erscheinungen am Gefäßapparat sprechen, wie auch das subjektive Empfinden für den Beginn einer Psychose, dafür, daß diese die Folge einer organischen Hirnschädigung unklarer Ätiologie war. Da eine entsprechende affektive konstitutionelle Disposition vorhanden war, kam es zu dem reinen Zustandsbild der Manie bzw. Hypomanie. Auf dem Höhepunkt sah man wieder das Bild der hyperkinetischen Motilitätspsychose.

Manisch-hyperkinetisch-choreatische Psychose (stark gekürzt).

Schwarz., 9. 10. bis 20. 10. 1927 in der Klinik. Mutter war 6 Wochen in Heilanstalt. Ihr Bruder ist Epileptiker. Bruder des Pat. hatte an der Transport-Bahre des Pat. eine erregte pathetische Szene und war unfähig, etwas in die Hand zu nehmen. Seine Schwester frappte durch ihre Sprunghaftigkeit.

Vorgeschichte: Seit 1920 leicht manisch, sich selbst überschätzend, vielgeschäftig. Öfters Schielen, Pupillendifferenz (ein Auge verletzt), meistens durchfallartiger Stuhl, starker Speichelfluß. Oktober 1918 Lues. 1920 dritte Salversankur. Vor 4 Jahren Rückfall. Im vorigen Jahre Blutprobe „nicht gänzlich negativ“ — „wie üblich,“ schrieb sein Arzt.

Im Kriege 2 Nervenzusammenbrüche durch Überarbeitung. In der Klinik zunächst manisch-pathetisch-ideenflüchtig.

Befund: linke Pupille licht- und konvergenzstarr (Eisensplitter im linken Auge). Kein Silbenstolpern.

13. 10. Starke psychomotorische Erregung. Wälzen und Drehen im Bett, sinnloses Brüllen. Ängstlich verzerrter Gesichtsausdruck. Keine sprachlichen Äußerungen. Negativistisch. Stereotypes Jammern. Läßt Urin unter sich. Völlige Nahrungsverweigerung. Oppenheim links +, Babinski —. Augenhintergrund o. B.

17. 10. Zunehmender Verfall. Borkige Zunge. Grau-bläuliches Gesicht. Starke psychomotorische Hyperkinese mit eindeutigen choreatisch ausfahrenden Bewegungen. Zeitweise negativistisch, katalepsieverdächtig. Unansprechbar.

20. 10. Motorisch unverändert erregt. Weiterer Verfall. Untertemperatur. Internistische Untersuchung durch Prof. S. o. B. Exitus. Sektion verweigert.

Liquor: Goldsolk. normal. Wa. R. u. S. G. R. negativ, Spur Opaleszenz, 8/3 Zellen, einzelne Lymphozyten, ganz vereinzelt Leukozyten. Farbe: klar, anfangs geringe Blutbeimischung.

Blut: Wa. R. u. S. G. R. negativ.

Zusammenfassung: Die Anamnese spricht zwar für eine familiäre Belastung. Die Schilderung seiner Familie aber wurde nicht so präzise gegeben, daß man mit Sicherheit von einer manisch-depressiven Belastung hätte sprechen können.

Dagegen wurde sein eigenes Verhalten so charakteristisch beschrieben, daß man seit 1920 bei ihm ein hypomanisches Zustandsbild diagnostizieren muß. Überdies wurde er in die Klinik in einem ausgesprochen manischen Zustand eingeliefert, der allerdings nach einigen Tagen in eine schwere psychomotorische Hyperkinese ausmündete, die in der letzten Zeit choreatischen Charakter annahm. Unter schweren körperlichen Verfallserscheinungen kam es zum Exitus. Alles spricht für das Vorliegen einer organischen Hirnschädigung.

Auch dieser Fall zeigt, daß bei Zunahme der Schädigung das manische Bild von einer psychomotorischen Hyperkinese abgelöst wird („Registerschaltung“).

Ferner sei auf die interessanten Fälle Rosenfelds hingewiesen, die er unlängst mitgeteilt hat. Sie seien hier nur kurz skizziert.

Fall 1: 32jähr. Mädchen. Mehrfache manische Phasen. Plötzlich in einer Art Aura einsetzender Rückfall. Fremdheitsgefühl der Umgebung gegenüber. Sich rasch einstellende motorische Erregung.

Fall 2: Umdämmerung im Beginn eines depressiven Zustandes. Gefühl der Veränderung der Umwelt. Monatelanger hypomanischer Zustand.

Fall 3: 45 Jahre alte Frau, manische Phase. Zweijährige Intermission. Plötzlich Umdämmerung und triebartige Erregung, darin Reise ins Ausland. Schwere Manie. Völliges Abklingen. Amnesie für die Reise.

Fall 4: 50jähr. Frau. Sie wurde schlaflos, hastig, schrieb viel und wurde von der Furcht gepeinigt, wieder von ihrer Krankheit überwältigt zu werden. Traumhafte, szenenhafte Sinnes-täuschungen. Drei Tage später hyperkinetisch. Bis zu einem gewissen Grade desorientiert. Alles habe sich automatisch gegen ihren Willen abgespielt.

Einen ähnlichen Fall kann ich aus unserer Klinik anführen.

Pat. Fu., geb. 1891. Mutter hypomanische Persönlichkeit. Ein Bruder eigenartig, „sehr viele Ideen“, eigensinnig. Zweiter Bruder, ruhig, schelmisch-lustig, „ein lieber Junge“. Schwestern „phlegmatisch“ (nach Urteil der manischen Patientin!). Pat. selbst stets sehr lebhaft. Mit 15 Jahren „blutarm“. Mit 17 Jahren mitten in einem Wohltätigkeitsfest fast zusammengeklappt. Mußte nach Hause geführt werden. Dort schwerste Erregung von 1 Woche Dauer. Dann wieder unauffällig, sehr fleißig und tätig.

Im Mai 1926 plötzlich sehr aufgeregt. Schlag Krach auf dem Gemeindeamt. Anschließend schwerste Erregung. In der Klinik starke idealtypische Manie. Blitzartige Stimmungsschwankungen. Starker Rededrang mit angedeuteter Ideenflucht.

28. 7. Seit 4 Tagen ziemlich rasches, auffallendes Nachlassen der manischen Erscheinungen.

12. 8. Rascher Stimmungswechsel.

18. 8. Hochgradige Erregung. Sinnloses Schreien. Im Rededrang inhaltlich Neigung zur Stereotypie auch außerhalb der Erregungen.

26. 8. Dauernder Bewegungs- und Rededrang bei auffallender inhaltlicher Verarmung. Exaltierte Stellungen, pathetische Gesten.

26. 11. Inzwischen 3—4mal für 2—5 Tage jeweils bedeutende Beruhigung, dann durchaus einsichtsvoll. Darauf folgte stets eine besonders starke Erregung, in der sie derartig inkohärent war, daß fast alle typischen manischen Zeichen vermißt wurden. In der Erregung Nahrungsverweigerung, Einnässen, nicht fixierbar. Ideenflucht nicht erkennbar. Auffallender Wechsel der Stimmungslage.

1. 12. Ruhiger, aber noch inkohärent. Eingefallenes, gealtertes Gesicht,

15. 12. Impulshandlungen. Allerlei gezielte, fast psychomotorisch anmutende Ausdrucksbewegungen. Antworten völlig inkohärent.

14. 2. Die stereotypen Bewegungen und auch das ab und zu sich verstärkende Grimassieren lassen an die Diagnose Schizophrenie denken.

Katamnese: kein Defekt.

Zusammenfassung: Interessant ist diese Psychose durch den zweimaligen insultartigen Beginn. Außerdem zeigt sie deutlich auf den Höhen der Schädigung das Ablösen des idealtypischen manischen Zustandes durch das Zustandsbild der hyperkinetischen Motilitätspsychose.

Dabei sei betont, daß dieser Fall in dieser Hinsicht nicht etwa eine Seltenheit darstellt. Im Gegenteil, die Durchsicht der Manien unserer Klinik zeigt, daß die idealtypische Manie der Lehrbücher und der Maniakus Kretschmers selten ist. Während im hier zitierten Falle die Bewegungsstörungen psychomotorische im Sinne Wer-

nicks waren, sind sie in anderen Fällen vielfach trotz absonderlicher Züge ausdruckspsychologisch zu deuten, in demselben Sinne wie Kinder z. B. aus Übermut und Freude am Bewegungsüberschuß Gesichter schneiden oder bei flegelhaftem Benehmen einen groben Zug in der Motorik bekommen. Auch wird man mit Kleist an spezielle motorische Veranlagungen denken können, die bei künstlerischer Begabung zur Tanzkunst prädisponieren. Da vielfach Psychiater sehr freigiebig mit der Bezeichnung „schizophrene Einschlüsse“ umgehen, z. B. die Kretschmerschule, weise ich darauf hin, daß die Tanzkunst der Mary Wigmann und ihrer Schule demjenigen, dem sie „nicht liegt“, „psychomotorisch“ oder gar „schizoid“ vorkommen wird.

Zu dieser Gruppe von organisch bedingten manischen Bildern kommen nun noch Fälle hinzu, wie sie Bostroem geschildert hat. Seine „verworrenen Manien“ sind aus „zwei pathogenetisch gleichwertigen Reihen“ zusammengesetzt: der manisch-depressiven mit besonders erniedrigter Reizschwelle oder wie üblich ausgedrückt — der manischen Veranlagung entstammender Symptome und zweitens der exogenen Reihe im Sinne Bonhoeffers. Diese Fälle lassen sich zunächst einmal im Bonhoefferschen Sinn dahin deuten, daß komplizierte Bilder bei den exogenen Reaktionstypen gerade bei komplizierender — manisch-depressiver Veranlagung — auftreten. Sie widersprechen ferner keineswegs, wie Bostroem glaubt, meiner „exogenen Reaktionsformel“: bei starker pathologischer Anlage — gemeint ist damit z. B. die manisch-depressive — und geringer, chronischer, subakuter exogener Schädigung sind für das Auftreten der homonomen Reihe die Bedingungen gegeben. War in Bostroems Fällen nämlich die exogene Schädigung stärker, so trat die heteronome Reihe in Erscheinung, wie das immer ist. Denn entgegen Specht führt eine Steigerung der hypothetischen Intoxikation zwar beim manisch-depressiven Irresein nach meiner Ansicht zu einem hyperkinetischen Motilitätssyndrom, aber nicht zu exogenen Symptomen im engen Sinne Bonhoeffers.

Nahm ferner die exogene Reihe an Intensität ab (Anzeige für die abnehmende Intensität der Schädigung), so wurde die homonome Reihe immer reiner erkennbar. Ferner pflichte ich Bostroem durchaus bei, wenn er unterstreicht, daß die idiotypisch determinierte manisch-depressive Reihe auch nach Aufhören der exogenen Komplikation ihrem eigenen Gesetz folgend weiterläuft. Auf die differentialdiagnostische Wichtigkeit dieser Tatsache hatte ich früher hingewiesen. Dadurch sind seine Fälle besonders interessant. Für mich

persönlich um so mehr, als ich ja seit Jahren für die „Unspezifität der Reize“, was ihre Qualität anbetrifft, eintrete. Hat doch in seinen Fällen ein völlig unspezifischer Reiz eine einwandfreie manische Phase — also einen „endogenen“ Symptomenkomplex ausgelöst! Weitere ebenso interessante Beweise hat Bostroem erneut in einer Arbeit „Über die Auslösung endogener Psychosen durch beginnende Parapsychosen etc.“ beigebracht.

In dieser Arbeit beschreibt er noch viel deutlicher das Prinzip, „daß eine Wechselwirkung zwischen Reiz und Reizobjekt und dessen idiosyncratischer Nuanciertheit statt hat“, wie ich es ausgedrückt habe, indem er in der Zusammenfassung ausführt: „... Vorgang, bei dem eine schwache, auch pathoplastisch noch bedeutungslose, aber als Reiz wirksame exogene organische Hirnschädigung eine in der Persönlichkeit bereitliegende Phase aus dem Bereich des manisch-depressiven Irreseins auslöst oder bei dazu disponierten Individuen einen schizophrenen Schub hervorruft.“ Da Ewald meinen Ausdruck, bei „starker“ pathologischer Anlage für unklar hält und zwar meiner Ansicht nach deshalb, weil Kleist inzwischen auch eine „symptomatische Labilität“ („Anlage“, Ref.) annimmt, so weise ich nochmals darauf hin, daß ich damit die individualspezifische schizophrene oder manisch-depressive (im Gegensatz zur allgemeinen Fähigkeit mit Heiterkeit und Traurigkeit zu reagieren) Anlage meinte.

Wertet man das in diesem Kapitel dargestellte empirische Material nun formelhaft aus, so kommt man zu folgenden Ergebnissen: Die exogenen Reaktionstypen im engeren Sinne Bonhoeffers zeigen, daß homonome Bilder in reinerer Form nur ausnahmsweise auftreten, wenn auch affektive Einschlüsse regelmäßig sichtbar werden. Die organische Bewußtseinsänderung als Grundsymptom hindert nämlich ihre idealtypische Ausbildung, wie wir sie z. B. vom manisch-depressiven Irresein her kennen. Je geringer die Bewußtseinsänderung, um so reiner sind die affektiven Bilder, je stärker sie aber ist, um so gröber werden sie. Da wir nun an der Stärke der Bewußtseinsänderung die Intensität der Hirnschädigung messen können, muß man Specht zugeben, daß sein bekannter Einwand seine Berechtigung hat, aber zu einseitig formuliert ist. Denn es kommt bei der Erklärung nicht allein auf die Intensität der Hirnschädigung an, sondern auch auf die erblichen affektiven Dispositionen des erkrankten Individuums, es findet eben eine Wechselwirkung zwischen Reiz und Reizobjekt statt, wie schon an anderer Stelle ausgeführt wurde.

Wenn Specht ferner behauptet, „daß es auch beim manisch-depressiven Irresein lediglich in sukzessiver und brüsker Steigerung des endogenen Krankheitsprozesses ohne Mitwirkung exogener Hilfsursachen zu Delirien, halluzinoseartigen Episoden und Bewußtseinsumdämmerung komme,“ so kann ich ihm hier nur insofern zustimmen, als das zwar in einer kleinen Anzahl von Fällen beobachtet wird, das Mitwirken exogener Hilfsursachen aber sich dann keineswegs ausschließen läßt, man vielmehr alle Ursache hat, ihr Mitspielen anzunehmen, wenn eine organische Bewußtseinsstörung besteht. Viel häufiger dagegen sieht man die Steigerung einer Manie zu einer psychomotorischen Hyperkinese. Hierin sehe ich die Intensitätszunahme der Schädigung ohne exogene Hilfsursachen, und es bleibt ein ungelöstes Rätsel, warum es dabei zu keinen Symptomen aus der Reihe der Bewußtseinsstörung kommt. Allerdings wird man zugestehen müssen, daß bei einer schweren Hyperkinese auch eine „organische Bewußtseinsänderung“ vorhanden sein wird.

Will man eine Erklärungshypothese wagen, so kann man sagen, daß bei geringer Intensität der Schädigung die Affekte enthemmt werden und — faßt man beispielsweise die Denkstörung ins Auge — Ideenflucht auftritt. Ist die Störung stärker, so werden weitere tiefere Schichten enthemmt, die Motorik wird psychomotorisch und das Denken inkohärent.

Bei weiterer Zunahme der Schädigung wird die Symptomenreihe der „organischen Bewußtseinsänderung“ frei. Ist diese Schicht (bildlich gesprochen) dauernd in der Funktion geschädigt, so nennen wir diese Erscheinung Demenz.

An der Motorik ausgeführt würde man so zunächst die Steigerung der Ausdrucksbewegungen (Bewegungs-, Beschäftigungsdrang) erklären, dann käme man auf das Psychomotorische und schließlich auf die choreatische Bewegungsstörung, die ja, wie meine Beispiele zeigen, auf das Engste mit der psychomotorischen Hyperkinese verwandt ist.

Trotz aller Kritik sei zum Schluß noch darauf hingewiesen, daß die Spechtschen Einwände sich als sehr fruchtbar erwiesen haben, und daß ich ihnen dieselbe große Bedeutung beimesse wie der Hocheschen Kritik am Kraepelinschen System

Die paranoide Reaktion.

Es handelt sich auch hier um eine präformierte Reaktionsweise, nur ihre Verstärkung über die nur konventionell feststellbare Breite der Norm hinaus nennen wir pathologisch.

Im Ursprung geht sie auf die „Selbstbehauptungstendenz“ jedes Organismus zurück. Diesen Ausdruck ziehe ich nur deshalb dem geläufigeren — „Selbsterhaltungstrieb“ — vor, weil er sich besser zur Charakterisierung auch rein psychologischer Einstellungen eignet.

Eine Folge dieser Tendenz ist nun die sogenannte „Eigenbeziehung“, d. h. wir prüfen die Umwelt dauernd daraufhin, ob sie geeignet ist, uns zu fördern oder zu schädigen. Von hier geht über die „gesteigerten Eigenbeziehungen“ zum „Beziehungswahn“ eine gerade Linie. Entfremdungsgefühle gegenüber der Umwelt („dis-similatorische Tendenz“) bringt am häufigsten der depressive Affekt mit sich. Deshalb ist er auch die häufigste Ursache solcher gesteigerten Eigenbeziehungen bzw. eines Beziehungswahnes. Dasselbe gilt für alle asthenischen Affekte (Angst usw.). Aber auch bei der paranoiden Reaktion handelt es sich um einen Effekt im klinischen Sinne, der genetisch auf verschiedene Weise entstehen kann. Beispielsweise kann auch eine manische Affektlage dazu führen. Die Überzeugung von der eigenen Vollkommenheit und Leistungsfähigkeit, die mit ihm verbunden ist, führt — da sie nicht die erwartete Anerkennung durch die Umwelt erfährt — zu dem sekundären Schluß, daß diese Umwelt feindlich gesonnen sei („Erklärungswahn“). Das Individuum kann also auf die Umwelt im Sinne der Abwehr oder des Angriffs reagieren, und die Art seiner Reaktion hängt von der Affektlage und der Charakterstruktur ab.

Ferner spielt auch das Prinzip der „Projektion nach außen“ eine große Rolle, das ich im Hinblick auf das klinische Bild des Eifersuchtswahns an der Eifersucht erläutern will. Eifersüchtig sein heißt: das begehrte Objekt für sich allein haben wollen. „Begehrt“ ist hier im weitesten Sinne zu verstehen. Man kann beispielsweise auch auf seinen Hund eifersüchtig sein, wenn man sieht, daß er sich auch an andere anschließt, nicht nur an seinen Herrn.

Eine Wurzel einer solchen psychologischen Einstellung ist das Bestreben, Bundesgenossen im Kampfe ums Dasein zu sammeln. Nun ist aber nur „der Starke am mächtigsten allein“, d. h. in diesem Zusammenhang frei interpretiert, er braucht am wenigsten Bundesgenossen — er wird also auch am wenigsten auf hierfür in Betracht kommende Individuen eifersüchtig sein.

In der Umkehrung würde man formulieren müssen: wer Minderwertigkeitsgefühle hat, sich seinem eigenen Urteile nach für wenig begehrenswert hält, projiziert diese Einstellung nach außen, gewissermaßen im Sinne einer Erklärungsidee — d. h. ausgeführt: auch das

begehrte Objekt müsse ihn im Sinne seines eigenen Urteils beurteilen. Denselben Mechanismus muß auch Wernicke vor Augen gehabt haben, wenn er von einer „Wahnbildung durch Analogieschluß“ spricht. Er zitiert Goethe: „Was dem einen widerfährt, widerfährt auch dem anderen.“ Wer sich demnach vor seinen eigenen asozialen Triebregungen fürchtet, wird nach außen projizieren und per analogiam dieselben Eigenschaften bei seinem Gegenüber vermuten. So entsteht das Mißtrauen — ein Anfang, an dessen Ende der Verfolgungswahn steht. Auf die anderen Komponenten der Eifersucht, z. B. das egozentrische „Do ut des-Prinzip“ gehe ich hier im Hinblick auf mein Hauptthema nicht ein.

Blieb ich bisher rein im Psychologischen, so muß nun ergänzend auch noch das biologische „X“ herangezogen werden, das wir beim Querulantenwahn (nach dem bekannten Prinzip der überwertigen Idee) „psychopathische Konstitution“ nennen, denn nur besonders affektiv und charakterologisch stigmatisierte Persönlichkeiten können eine solche Reaktion ausbauen.

Über dieses Beispiel hinaus lautet die Fragestellung in der gesamten Paranoialehre im weitesten Sinne stets so: Prozeß bzw. organischer Defekt — oder psychologische Entwicklung einer Persönlichkeit (Jaspers).

Auch bei den organisch unterlegten Wahnbildungen (z. B. beim präsenilen Beeinträchtigungswahn) ist die „Projektion nach außen“ wichtig. Die biologisch bedingte Veränderung der eigenen Persönlichkeit wird subjektiv als fremdartig und bedrohlich empfunden (Wahnstimmung, Jaspers) und nun meist sekundär nach außen projiziert im Sinne eines Erklärungswahnes.

Weitere Hilfsmomente liefern die organische Bewußtseinsänderung und die Demenzen, indem sie einmal im normalen Bewußtsein bis dahin wirksame Hemmungen beseitigen, zweitens Affekte mobilisieren, subjektiv empfundene Veränderungen der Persönlichkeit bedingen und schließlich die Kritik lähmen.

Die organischen Persönlichkeitsänderungen.

Wenn es sich um organisch bedingte Änderungen einer Persönlichkeit handelt, wird noch heute in der Psychiatrie vielfach der Ausdruck „Charakter“ gebraucht. So spricht man etwa von einem „epileptischen Charakter“. Nun stammt der Begriff Charakter aber aus der normalen Psychologie, und streng genommen zerstört ja der epileptische Prozeß den normalen und prämorbidem Charakter des Epileptikers, er karikiert ihn geradezu. Zuzugeben ist, daß ein

klinisches Bedürfnis besteht, gewissermaßen die leichtesten Formen, die Vorläufer einer Demenz mit einem besonderen Ausdruck zu charakterisieren. Gerade die Encephalitis lethargica hat ja bei Jugendlichen gezeigt, daß eine organische Hirnschädigung geradezu ein uns bisher nur von den Psychopathien her geläufiges Bild hervorrufen kann. Diese Möglichkeit wird uns hier besonders grob demonstriert, steht aber keineswegs vereinzelt da. Schon das banale Beispiel der Alkoholwirkung auf den Normalen lehrt, daß die psychologischen Hemmungen, denen jede Persönlichkeit unterliegt, als erstes dem organisch bedingten Abbau der Persönlichkeit zum Opfer fallen, oder anders ausgedrückt, daß sich dann die Triebgrundlage jeder Persönlichkeit freier auswirkt. Damit hängt zusammen, daß unter diesen Bedingungen die Affekte auf Kosten des Intellektes dominieren, d. h. die Kritik leidet. Während nun aber die akute organische Hirnschädigung im Beginn, d. h. bei geringer Intensität, noch subjektiv als etwas Fremdartiges empfunden wird — das feinste Reagens auf eine organische Hirnschädigung —, ist dies bei der chronischen Hirnschädigung nicht der Fall, wie die allmähliche Charakterdepravation des chronischen Alkoholikers oder Morphinisten zeigt. Tritt die allgemeine Änderung der Persönlichkeit aber akut auf, wie z. B. infolge einer Hirnerschütterung, so kann bei nicht zu intensiver Schädigung das Empfinden für den Defekt ebenfalls vorhanden sein, besonders unterstützt durch den Vergleich mit der früheren Leistungsfähigkeit. Doch darf man diese Regel nicht allzu schematisch anwenden, denn der Mangel an Antrieb nach Stirnhirnverletzungen (E. Forster) beispielsweise braucht von den so Erkrankten nicht empfunden zu werden, wenn er nur leicht ist.

Gruppiert man die bekannten Persönlichkeitsänderungen der speziellen Psychiatrie nach dem Schema: akut-chronisch, so gehören zur ersten Gruppe die traumatischen, toxischen (bzw. infektiösen) einschließlich der Encephalitis lethargica, zur zweiten die epileptischen, arteriosklerotischen, senilen. Letztere zeigen auch, daß die normalen Charakterzüge des Erkrankten zunächst nur vergrößert hervortreten, weil die Hemmungen und psychologischen Überkompensationen fortfallen. Bei der Enzephalitis kommt oft eine Steigerung der Triebe hinzu! Bei stärkerer Schädigung treten dann offensichtliche Defektsymptome auf, wie etwa die Schädigung der mnestischen Funktion, und das Individuelle der Persönlichkeit schwindet. Überwiegend tritt auch der paralytische Defekt gleich ziemlich grob in Erscheinung. Bei der Lues cerebri dagegen können leichtere Persönlichkeitsänderungen beobachtet werden.

Gesondert betrachtet werden muß die schizophrene Persönlichkeitsänderung. Bei einem Teil der Fälle wird von vornherein die gesamte Persönlichkeit befallen, klinisch charakterisiert durch das Fehlen der Krankheitseinsicht. Bei einem anderen Teil dagegen besteht im Beginn eine durchaus angemessene Beurteilung der Veränderung der Persönlichkeit; teils handelt es sich dabei um das Vergleichen mit dem status quo ante, teils werden nur bestimmte Vorstellungsinhalte als fremd empfunden, woher bekanntlich die Schwierigkeit der Unterscheidung Zwangskranker von beginnenden Schizophrenen stammt. Eine interessante Illustration dazu liefert der Fall Joßmann¹⁾ — (postenzephalitischer Parkinsonismus mit Blickkrämpfen). Kurze Zeit, gelegentlich auch mehrere Stunden davor, mußte die Pat. zwangsweise an die Vergangenheit denken („ich muß immer denken, was war“), dabei ratlos, ängstlich. (Stocken des subjektiven Zeiterlebens.)

Sehr instruktive Beispiele führen ferner Bürger und Mayer-Gross an. Bei ihren Encephalitis lethargica-Fällen beobachteten sie:

Fall 1: Ausbildung eines Wahnsystems im Anschluß an ein ethisch-religiöses Bekehrungserlebnis . . . Bewußtsein der Berufung . . . eingegebene Gedanken . . . von außen kommende Gedanken . . . könne die Gedanken verschicken.

Fall 2: . . . erzwungene Gedanken . . . „befohlene“ laute Schreie . . . Schwinden der Gedanken . . . unfreie, einförmige, affektiv sture, eingeengte psychische Verfassung, wie wir sie sonst nur von Schizophrenen kennen.“

Fall 3: Psychologische Ausdeutung organisch bedingter motorischer Phänomene . . . andere wüßten seine Gedanken . . . Klagen über die „Dreherei“. „Das ganze Haus drehe sich, er sehe das an seiner Hand, insbesondere auch, ob sich die Stube des Arztes auch drehe . . . es werde das Gegenteil gesprochen von dem was er sage . . . magische Äußerungen und Gebärden.

Was das Gefühl des Zwanges bei den Schizophrenen anbetrifft, so handelt es sich hier um eine psychologische Interpretation organisch bedingter Denkstörungen oder motorischer Erscheinungen, also um etwas im Wesen von den neurotischen Zwangserscheinungen Grundverschiedenes.

Weitere interessante Beiträge zu unserem Thema bringen die Lachgasversuche von Zádor aus unserer Klinik. Bei einem Falle trat Echolalie auf. Weiter: sein toxisch, also organisch bedingtes Hochhalten des Armes wurde psychologisch von ihm interpretiert. Bei dem Versuch, diesen Arm passiv zu beugen, wurde Widerstand geleistet. Damit haben wir im Modell eine psychomotorische und negativistische Erscheinung wie bei einem Schizophrenen vor uns.

¹⁾ Jahresversammlung des dtsh. Vereins f. Psychiatrie in Kissingen 1928.

Denn psychomotorische Symptome sind ja, wie schon Wernickes Ausdruck bedeutet, organisch, nicht willensmäßig bedingt, oder anders ausgedrückt, ein organisches Entgegenkommen ist bei ihnen vorhanden. Dieser Modellversuch stellt das Wesen psychomotorischer Erscheinungen viel besser dar, als der klinische Vergleich mit den striopallidären Symptomen, die ja viel zu grob-neurologischer Natur sind — vgl. die Schreckversuche Zuckers und die Lachgasversuche Zádors. Auch den Negativismus müssen wir im Sinne dieses Lachgasexperimentes verstehen. Das Lachen war ebenfalls psychomotorischer Natur: er sah zu, wie „es“ lachte, ohne daß er den entsprechenden Affekt dabei hatte — ein charakteristisches Beispiel für das, was wir beim Schizophrenen Spaltung der Persönlichkeit oder anders Dissoziation nennen.

Ferner fand Zádor bei diesen Experimenten: „Die Schilderungen der Veränderung der Wahrnehmungen erinnern oft an Angaben, wie sie von schizophrenen Kranken gemacht werden“ und „die Bewegungen selbst waren oft Wiederholungen der auf Aufforderung ausgeführten oder der passiven Beugung der Glieder . . .“ Deutet man letztere Beobachtung aus, so liegt es nahe, ganz ähnlich die schizophrene Stereotypie bzw. Befehlsautomatie zu verstehen.

Kurz zusammengefaßt kann man demnach sagen, daß die Lachgasversuche sehr gute Möglichkeiten bieten, Modelle „schizophrener“ Störungen herzustellen — d. h. toxisch-experimentell — und daß man so schneller weiter kommen wird, die schizophrenen Symptome als organisch bedingt zu verstehen, als durch den klinischen Vergleich mit postenzephalitischen Erscheinungen. Damit soll aber die zweite Möglichkeit als Beweisversuch nicht entwertet werden, im Gegenteil, solchen Fällen muß besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, und die Publikation solcher genau beobachteter Kranken ist noch dringend nötig. Besonders müssen auch die „Spätkatatonien“ sehr genau unter organischen Gesichtspunkten untersucht werden. Ich glaube, daß ähnlich wie bei der Spätepilepsie es sich hier meist um exogene schizophrene Bilder handelt.

Einem eventuellen Mißverständnis möchte ich hier noch vorbeugen. Auch ich bin davon überzeugt, daß der Kern der Erkrankungen, die wir heute als Schizophrenie diagnostizieren, und der ihnen zugrunde liegende organische Prozeß (vgl. Huntington'sche Chorea) endogen, d. h. idiotypisch ist. Dafür sprechen schon u. a. die absonderlichen Persönlichkeiten in den Familien derartiger Fälle (vgl. Medow), die ich als „formes frustes“ auffasse. Dagegen führt es meiner Ansicht nach zu einer Verschleierung, wenn

man im Bereich der Norm sogar von „schizothymen“ Persönlichkeiten spricht (Kretschmer) und zu gradlinig alle nicht zyklotymen und nicht epileptoiden Psychopathen einfach schizoid nennt, denn jeder Neurotiker ist gespalten, d. h. seine Trieb- und seine ethischen Tendenzen liegen im Kampfe miteinander, und zwar eben wegen seiner psychopathischen Disposition besonders stark, denn in abgeschwächtem Maße ist das auch bei dem Normalen der Fall. Hat man aber diese spezielle Divergenz der Leitlinien bei einer solchen Persönlichkeit herausanalysiert und erzieht man sie dazu, den bisher grellen Gegensatz zu überwinden — der Sinn jeder Psychotherapie — so erreicht man, daß aus der bisher dystonen (Bleuler) oder schizoiden (Kretschmer) Persönlichkeit eine harmonische „syntone“ wird. Sieht man also das Wesen der Schizophrenen in der „Spaltung“, was allein schon viel zu einseitig ist, und verdünnt man diese ins Normale, so kommt man schließlich auf nichts anderes hinaus als auf den Satz: „Zwei Seelen wohnen, ach, in meiner Brust“, oder anders ausgedrückt, auf das Gesetz von der Bipolarität aller psychischen Erscheinungen (Stekel), d. h., jeder seelischen Reaktion geht ein Kampf entgegengesetzt polar eingestellter Strömungen voraus. Insofern ist aber an Kretschmers Bestreben etwas Richtiges daran, als natürlich auch normalpsychologische Mechanismen („intrapsychische“, Wernicke) bei leichten Schizophrenien eine große Rolle spielen und der psychologische Überbau einen sehr großen Umfang annehmen kann. Dasselbe gilt für die psychomotorischen Erscheinungen. Auch bei ihnen handelt es sich z. T. um normale, d. h. gattungsspezifische „präformierte“ Reaktionen, andere wieder kann man nur als durch den organischen schizophrenen Prozeß neu entstanden verstehen, d. h. also als Defektsymptome.

Um nun zu dem Ausgangspunkt dieser Randbemerkungen zurückzukehren: Fälle, die eine schizophrene Symptomatologie bieten, aber ätiologisch nicht „genuine“ Schizophrenien, sondern Ausdruck einer andersartigen Hirnschädigung sind, habe ich vorgeschlagen, aus heuristischen Gründen im Vergleich mit den Epilepsien „exogene Schizophrenien“ zu nennen. Herz aus der Kleistschen Klinik und Kleist selbst verfolgen dieselbe Tendenz. Seelert hat sich dagegen gewandt. Seine Ausführungen widerlegen mich keinesfalls. In seinen Fällen handelte es sich um sichere, vermutlich „genuine“ Schizophrenien. Wenn nun grobe organische Herdsymptome auf dem Boden einer Arteriosklerose etwa hinzutreten, z. B. eine Aphasie, so handelt es sich dabei um sehr grobe organische Symptome, die natürlich die im Vergleich dazu viel leichteren schizo-

phrenen einfach überdecken müssen, genau so wie etwa ein hinzutretendes Coma diabeticum, d. h., auch hier kommt es auf die Intensität der konkurrierenden Prozesse an, die jeweils verschiedene symptomatologische Register (Kräpelin) ziehen. Im übrigen werden die gleich hier von mir veröffentlichten Krankengeschichten demonstrieren, in welcher viel aussichtsreicheren Richtung man suchen muß, denn in meinem Kasseler Vortrag (1925) hatte ich ja ausdrücklich gegenüber Bumke darauf hingewiesen, daß die schizophrenen Prozesse sich im allgemeinen prinzipiell von den exogenen Reaktionstypen durch das Fehlen der Bewußtseinstörung unterscheiden, die Ewald und ich schon vor langer Zeit als das Grundsymptom der exogenen Reaktionstypen charakterisierten. Gerade diese Schwierigkeit veranlaßte mich ja, um eine dem Sinne nach einheitliche Symptomenlehre für die organisch bedingten Psychosen zu propagieren, die Lehre von den exogenen Reaktionstypen zu erweitern. Der Leitgedanke für die Publikation solcher exogener Schizophrenien war für mich der, nur solche Fälle herauszusuchen, bei denen serologisch oder neurologisch einwandfrei feststeht, daß es sich um organische Hirnprozesse handelt, z. B. also chronische Epilepsien, Choreafälle, Paralysen u. dgl. Zu den Paralyse- bzw. Lues-cerebri-Fällen bemerke ich noch im voraus, daß sie trotz des Hinweises von P. Schröder und Häfner auf das Vorkommen katatoner Symptome bei ihnen weitere Aufklärungen geben, da sie ja noch viel kompliziertere Erscheinungen aufweisen, wie wir sie sonst hauptsächlich bei den Schizophrenien zu sehen gewohnt sind — nicht nur die primitiven psychomotorischen Symptome.

Krankenblatt über *Marie Goh.*, Alter 55 Jahre. In der Klinik vom 19. 11. 1928 bis 9. 1. 1929. Diagnose: Chron. organischer Hirnprozeß. Epilepsie. Huntington?

Vorgeschichte nach dem ärztlichen Fragebogen aus dem Krankenhaus K (17. 11. 1928).

„Seit 1908 (Beginn der 2. Ehe) ist Pat. still gewesen und hat das Haus kaum verlassen. Ist vom Ehemann, der Trinker war, oft geschlagen worden. Hat immerschon sonderbare Einfälle gehabt. Seit ½ Jahr besonders oft. Hat jüngerem Mann (28jähr.) Heiratsanträge gemacht und ist über seine Abschlüge in Wut geraten. Im Anschluß an den letzten abgewiesenen Antrag brach ein Wutanfall aus. Sie wandte sich auch gegen alle Anwesenden, nannte sie Verbrecher, schlug sie und wollte sich aus dem Fenster stürzen.

Pat. ist über Ort und Zeit zwar orientiert, sonst aber verwirrt. Am 16. 11. machte sie einen Suizidversuch und hat ihre Miteinwohner geschlagen, — ist also aggressiv und daher Anstaltsbehandlung notwendig.“

Vorgeschichte, erhoben von der Tochter:

Seit dem 6. Lebensjahr Krämpfe: etwa alle 3 Wochen, Beginn: Komischer Blick, streicht sich auf dem Oberschenkel, „hantierte herum“, wenn man sie dann stark anrief, hörte der Zustand oft auf. Keine Schwindelanfälle, keine Absenzen. Im Wesen religiöser als andere Leute, dauernd in Sprichwörtern redend, nicht langsamer oder vergeßlicher geworden. Keine Dämmerzustände. Sonst stets gesund gewesen. War jetzt im Krankenhaus in K.: dorthin, weil sie zu Hause Tobsuchtsanfälle bekam und sich aus dem Fenster stürzen wollte.

Psychischer Befund vom 20. 11. 1928.

Eingeliefert im epileptischen Dämmerzustand. Ist motorisch und affektiv sehr erregt. Es zittert in ihr förmlich noch alles nach von dem paranoisch ausgelegten Erlebnis zu Hause:

(Aus der Anamnese des Kommis): Zu Hause schon psychisch erregt und motorisch lebhaft. Es war zu befürchten, daß sie an eine Tür lief, vor der die Treppe abgerissen war. In der Dunkelheit wäre Pat. sehr wahrscheinlich abgestürzt. In großer Eile wurde vor ihr deshalb dieser 2. Ausgang verschlossen. Die Begründung hat sie in der Erregung wohl nicht begriffen und paranoisch gedeutet. Schreit und gestikuliert bisweilen unmotiviert und kreischend, der Sohn wolle sie ermorden.

Pat. ist ungehalten über Sohn und Kommis, die sie überfallen hätten, um sich ihrer Geldschrankschlüssel zu bemächtigen. Das sei vom Sohne gar nicht brav. (Ausdrücke geschraubter Feinheit.) Stoßweiser und ausschnittweiser Bericht. Zwischendurch auch Äußerungen von Mißtrauen dem Personal und dem Arzte gegenüber; rein paranoisch, plötzlich kurze Zornausbrüche.

Überall sieht sie Vergiftetes: im Essen, in der Injektionspritze, in medizinischen Getränken. Aber nur ein Beziehungssystem besteht: eben die Geldschrankgeschichte des ungezogenen Sohnes. Derbe Ausdrücke ablehnender Art, die eine psychische und körperliche Untersuchung z. Zt. unmöglich machen.

Angaben des Schwiegersohnes der Frau Goh:

Kennt Pat. seit 1919. Nachdem er sich die Pat. angesehen hat, meint er, so sei sie immer schon gewesen. Die Angaben der Pat., daß ihr Sohn sie angegriffen hat, hält Ref. für glaubhaft.

Angaben der Tochter:

Die Krämpfe habe sie von Kindheit an, ihre Eigentümlichkeit im Wesen habe sie schon seit frühester Zeit, nur hätten sie allmählich an Intensität zugenommen. In der Familie ist niemand mit Auffälligkeiten in der Motorik, auch keine Krampfbelastung. Von akuter Hirnerkrankung in der Kindheit ist nichts bekannt.

Pfleger-Bericht vom 21. 11. 1928:

Sobald jemand ans Bett kommt, macht Pat. abwehrende Bewegungen, setzt sich hin und spricht wie folgt: „O, dieser Attentäter, Klique, Appelbaum und Konsorten, dieser 19jährige Bengel. ¼12 überfällt er mich, versucht mich zu würgen, entreißt mir die Kassenschlüssel, ich bin gesund, der Bengel muß 10 Jahre Zuchthaus haben, eine Mutter hier einzusperren, dem Gericht überwiesen und hingerichtet. Alles wird gehen, nur der Bengel muß in sich gehen

und das wird er wohl nicht tun, er wird seine Mutter wohl verschmachten lassen. Alles gut, Ende gut, nur der Bengel muß mich holen lassen und die beiden verheirateten Töchter sind nicht anders, die heucheln und wollten mich besuchen. Mein Mann ist mir doch vor 2 Jahren gestorben, ja Schicksalschläge. Und ich nahm mir einen Geschäftsführer. Nun hat der Bengel mit seinen 19 Jahren ausgelernt und soll im Geschäft arbeiten; und was macht der Lummel? Kriegt mich an die Kehle zu packen, aber wie das blutete, hätten Sie nur sehen sollen, entreißt mir die Schreibtischschlüssel und bringt mich hierher, dieser Bengel, der mußte ja in die Nervenklinik gebracht werden. 10 Jahre Zuchthaus, das ist ja viel zu wenig für diesen Strolch. Ich bin wirklich körperlich und geistig gesund, aber wenn einen die Angehörigen verbannen! Ja, ja, ich bin geistig normal, alles gut, Ende gut.

22. 11. Kommt in höchster Erregung ins Untersuchungszimmer. Schimpft maßlos auf ihre Angehörigen: „Der Bengel ist der Attentäter, der will mein Geschäft haben — und schlägt seine Mutter blutig! Heute ist nichts natürlich auf der Welt! Das ist ja eine Mördergrube hier!“

Ablehnend, mißtrauisch, so daß eine körperliche Untersuchung nicht möglich ist. Fragen nach Orientierung werden nicht beantwortet. In höchster Empörung wiederholt sie stets dieselben Redensarten. Macht keinen bewußtseinsgetrübten Eindruck. Zustandsbild: paranoisch, Erregung höchsten Grades.

Motorik sehr auffällig im Sinne einer Huntington'schen Chorea. Steigerung der Mitbewegungen. Beim ruhigen Sitzen nirgends Bewegungsunruhe. Beim Händedruck (Begrüßung) wird stets der andere Arm nach hinten gehalten, der Oberkörper eigentümlich geschraubt gebeugt. Sämtliche Bewegungen haben diesen Charakter des Geschraubten. Sitzt sie ruhig am Tisch, so fällt es nur auf, daß sie dabei die Hände stets in einer „geziert-afektiert“ wirkenden Stellung hält, etwa so wie ein Ungebildeter „recht fein“ die Kaffeetasse hält. Bei ruhiger Körperhaltung nichts Geschraubtes, dieses wird nur in der Bewegung sichtbar.

23. 11. Glaubt immer noch, daß sie überfallen werden soll. Deshalb in allem sehr argwöhnisch, widerstrebend; beschimpft das Personal: „Mörder, Räuber, Satan!“ Vor jeder in den Saal tretenden Person flieht sie unter Gestikulieren. Pat. ist leicht ablenkbar.

24. 11. Wiederholt sehr erregt. Besonders aufgebracht, wenn das Essen gebracht wird. Springt dann auf, überschreit sich förmlich: „Gehen Sie weg, Sie altes Frauenzimmer, Sie Satan; ich schmeiß Ihnen (der Pflegerin, die Essen bringt) den Teller an den Kopf! Hingerichtet müßten Sie werden, mit-samt dem Bengel, dem Attentäter, 10 Jahre Zuchthaus! Der hat es verdient! Seine Mutter umzubringen, die Geldschlüssel wegzunehmen! Den sollten sie hier einsperren! Ich will nicht essen (glaubt, das Essen sei vergiftet), sterben will ich, leicht sterben!“ Läßt sich nicht füttern. Verweigert die Nahrung. Trinkt nur Wasser, aber nur, wenn es ihr eine Pat. gibt.

25. 11. früh. Ißt eine Stulle, trinkt Milch, die ihr die Pflegerin gibt, und zwar hat Pat. zum ersten Male seit ihrem Aufenthalt hier danach verlangt (6 Uhr früh). Sie meint, sie wäre ein ganz anderer Mensch geworden, nun hätte sie wieder einen klaren Kopf. Trotzdem schimpft sie wieder auf ihren Sohn, ißt aber zu allen Mahlzeiten gut. Bis 6 Uhr nachmittags ruhig zu

Bett. Dann wieder Gestikulieren. Springt auf, wenn eine Schwester oder Pflegerin an ihr Bett kommt; will sie schlagen und mit dem Eßgeschirr werfen. Meint, ihr sollen die Augen vergiftet werden. Ißt kein Abendbrot.

26. 11. Zeitweise ruhig, liegt zu Bett, zeitweise Schimpfen. Früh Nahrungsverweigerung. Will Wasser trinken: gießt es der Pflegerin ins Gesicht, weil es vergiftet sei.

27. 11. Erregungszustand abgeklungen, Wahnideen nur noch einige Male für kurze Minuten und nicht mehr so kraß: im großen und ganzen ruhig, freundlich, nett. Aß zu jeder Mahlzeit, ist zugänglich geworden.

28. 11. Freundlich; schimpft die Nachbarin aus. Sie könne es mit ihr nicht mehr ertragen, es sei ekelhaft. Ißt. Abends meint sie, über das Essen sei Gift gestreut gewesen: sie merke es: das Fleisch und das Gehirn zügen sich ihr zusammen.

29. 11. Früh zum Kaffee und Frühstück Nahrungsverweigerung, weil das Essen vergiftet sei. Später freundlich und nicht mehr paranoid.

1. 12. Nicht mehr erregt. Freundlich, weitschweifig, höflich. Keine paranoiden Äußerungen.

2. 12. Ruhig, freundlich. Aß gut. Keine gesteigerten Beziehungs-ideen.

3. 12. Meint am Vormittag, sie könne keinen Urin lassen, näßte dann spontan das Bett ein. Im Augenblick wie benommen; dann auf Befragen, was sie mache, zur Antwort: „Ja, danke schön.“ Im übrigen ruhig, aß gut.

3. 12. Subokzipital-Punktion.

Resultat: Blutserum: Serologisch: Wa. R., S. G. R. und M. Tr. R. negativ.

Liquor: Druck nicht erhöht. Farbe wasserhell.

In der Zählkammer nach Fuchs Rosental $\frac{1}{2}$ Zellen.

Zentrifugat: Blut, Lymphozyten und Plasmazellen vermehrt.

Chemisch: Globulinreaktion negativ.

Goldsolkurve normal.

Serologisch: Wa. R. und S. G. R. negativ.

4. 12. Spricht gern und oft von ihren Kindern („ungeratener Sohn“). Nichts Paranoides. Freundlich, verschoben.

5. 12. Nachts eingenäßt.

6. und 7. 12. Saß bis gegen 11.15 Uhr im Bett, sprach wieder von dem ungeratenen Sohn in geschraubter Redeweise. Gegen Mitternacht eingeschlafen. Gegen 2.40 Uhr wach. Dann generalisierter epileptischer Anfall: Dauer: 3 Min. lang: Schnarchende Laute, Kopf leicht nach rechts. Starrer Blick, Bulbi und Mund stark nach rechts verzogen. Beide Arme (angeblich) schlaff, linker in Streckstellung, Finger etwas gespreizt. R. Arm etwas nach außen gekrümmt. L. Bein gestreckt und steif. R. Bein leicht angezogen, langsam in Streckstellung übergehend, dann auch steif. Liegt ganz still. Mit dem Munde kauende und schluckende Bewegungen. Gesichtsfarbe wie immer. Einnässen. Reagiert nicht auf Anruf. Schläft dann 20 Min. lang. Setzt sich dann wieder im Bett auf, schüttelt auf Befragen nur den Kopf, schläft wieder ein bis 4 Uhr früh. Läßt sich zur Toilette bringen. Erzählt dann wieder freundlich, kann sich auf nichts besinnen.

8. 12. Leicht reizbar, verstimmt zu wiederholten Malen für längere Zeit. Bezieht jedes Gespräch auf sich.

9. 12. Gut gelaunt. Sohn zu Besuch hier, steht auf.

10. 12. Inkohär. Rededrang, unmotiv. Lachen.

11. 12. Augen: Fundus o. B.

12. 12. Subokzipitalpunktion. Blutentnahme.

14. 12. Hält sich für gesund, möchte nach Hause. Auffallend zyanotische Hände (schon öfter).

15. 12. Zeitweise verstimmt.

16. 12. Beleidigt, daß bei ihr Temperatur gemessen wird. Sie sei doch ganz gesund, habe nicht die kleinste Kleinigkeit an den Nerven. Meint, es sei doch zum Verzweifeln, daß sie wie ein kranker Mensch behandelt werde. Wenn es noch lange so mit ihr getrieben werde, nehme sie sich kurzer Hand das Leben. Steht auf, läuft unruhig im Tagesraum auf und ab.

17. 12. Gereizt bis zu Tränenausbrüchen. Motorische Unruhe. Keine Krankheitseinsicht.

18. 12. In den letzten Tagen ausgesprochen leicht manisch. Redet sehr viel, sehr lebhaft, sehr selbstbewußt, dabei etwas eigentümlich gespreizt — geziert in Haltung und Sprechweise. Gebraucht viel stehende Redensarten und immer dieselben Floskeln. Sitzt heute zunächst sehr aufrecht mit in den Hüften gestützten Armen ruhig da.

Ist gut orientiert (geziert). „Das weiß man doch alles. Lunge, Leber, Herz alles gesund bei mir“ (geziertes mequantes Lachen).

(Stimmung?) „Wenn ich zu Hause bin, traut seinem Glück allein, denn es war ganz anders bestimmt, ich bin es gewöhnt, freundlich zu sein, als Geschäftsfrau, nicht nachtragend sein, den Jungen meine ich, das sind die Jahre 19—20, da wird ein Kind auch durch Umgang verdorben. Der Umgang macht viel. „Wenn dich die bösen Buben locken“. Jetzt ist die Zeit so verführerisch nach dem Weltkrieg. Papa ist vor 2 Jahren gestorben. Man will doch alles Gute für die Kinder, das ist doch natürlich, ja?“

(Halluzinationen? wird erklärt.) „Was ist das?“ (lacht geziert). Die Mädels haben ja auch ihre Achtung behalten. So will ich ja auch meinen Jungen erziehen.“

(Junge!) „Ich war doch eine ganz gesunde Person. Er machte das, er wollte ins Geschäft herein. Er war mir aber noch zu jung dazu, er sollte sich erst mehr ausbilden.“

(An die Kehle gegangen? Wahnideen?) „Von mir, in Wirklichkeit und Wahrheit, der hat mich doch hierher bringen lassen. Das Herz könnte einem aus dem Munde über sowas — das liegt dann auch viel heutzutage, es ist eine andere Welt als früher.“

(Geisteskrank!) „Geisteskrank? Das wäre ja traurig. Ich bin ganz gesund. So bin ich von Anfang an geboren. Die Gabe Gottes. Dafür soll ich für geisteskrank erklärt werden? Das ist mein Glauben, den muß ich behalten, sonst werde ich verrückt-geisteskrank.“ (Ist erregt aufgesprungen, protestiert lebhaft.)

Geziert-geschraubt. Inkohärent. Dissimuliert die Wahnidee, daß ihr Junge ihr an die Kehle gesprungen sei. Leicht erregbar, wenn man ihren Komplex anschneidet.

20. 12. Bei der Intelligenzprüfung fällt auf, daß das Gedächtnis viel stärker defekt ist als die Merkfähigkeit. Bei der Unterhaltung schweift Pat. von dem Thema ab und kommt auf Dinge zu sprechen, die damit überhaupt nichts zu tun haben. Der Inhalt der umständlichen und geschraubten Phrasen macht den Eindruck, als wäre es der Gedächtnisrest von den allgemeinen Phrasen, die Pat. früher in ihrem Geschäft zu den Einkäufern sprach. Es sind alles flache Redensarten, die aneinandergestellt werden und dem Zuhörer im Laufe der Zeit immer uneinfühlbarer werden.

21. 12. Pat. ist dem Arzte gegenüber im Gegensatz zu früher heute zum erstenmal unliebenswürdig und barsch, und zwar weil im Gegensatz zu sonst diesmal nicht ihre sprachlichen Ergüsse lange angehört wurden und weil zum erstenmal widersprochen wurde: Sie glaubte sich gesund und wollte nach Hause; als ihr darin widersprochen wurde, wurde sie lebhaft.

22. und 23. 12. Gereizte Stimmung.

1. 1. 1929. Gegen 6.30 Uhr abends Absence von ca. 3 Min.: Pat. ist gerade damit beschäftigt, ihre belegten Brote im Tagesraum zu essen. Sie sitzt am Tische, als der Arzt von einer Pat. geholt wird, und streicht mit der gefüllten Teetasse, sie mit der r. Hand haltend, an der Tischkante hin und her. Dabei verschüttet sie immer wieder einen Teil des Inhaltes auf dem Tischtuch. Den Rest kippt sie dann auf den Erdboden, nachdem sie in den Bewegungen dadurch unterbrochen worden war, daß ihr der r. Arm festgehalten wurde. Auf Anruf keine Reaktion. Sitzt im übrigen unauffällig am Tische. Schließlich kommt Pat. zu sich, hat kein Unbehagen und keine Erinnerung. Sie weiß nur noch, daß sie soeben gegessen hat. Gleich wieder starker Redefluß, wenn angesprochen.

Nach dem Bericht der Pflegerin schon morgens beim Sich-Ankleiden ein Anfall: fing an zu taumeln, sprach unzusammenhängende Sätze, näßte das Bett ein. Dauer ca. 15 Min. Danach reizbar.

Tags zuvor nach Bericht der Pflegerin ebenfalls 2 Anfälle.

9. 1. Befund: Hirnnerven inkl. Augenhintergrund o. B.

Neurologisch, abgesehen von der Motorik, o. B.

Vasomotorium: Eintreten und Abklingen des Nachrötens verzögert, aber ausgiebige Reaktion.

Blutdruck: 108/114/70—76 mm Hg. nach R. R.

Herz und Lungen o. B. Gewicht 58 kg (20. 11. 52 kg). Leib weich. Meteorismus: Haut normal durchblutet.

L. Unterschenkel geheiltes Ulcus cruris.

L. Hand (am kleinen Finger) Narbe (von Verbrennung).

Unterschenkel: Varizen.

Psychisch: Merkfähigkeit: 3 kleine Aufträge nach 3 Min. (Zwischenfragen) richtig. Paarworte richtig bei Anstrengung der Aufmerksamkeit.

6stellige Zahlen fehlerhaft. Rechenaufgaben $10 + 15 = 30$ und nach 20 Zwischenfragen richtig. Kopfrechnen: $7 \text{ mal } 18 = +$ (schnell). Monatsnamen rückwärts: Dez.-Sept., Juni, Juli, August, Mai, April, Februar, März, Januar. Sonst wie am 20. 12. 1928 (verschoben).

Nach Hause entlassen.

Zustandsbilder: Seit dem 6. Jahre Krämpfe. Stets eigenartig, sonderbare Einfälle, Vorliebe für Sprichwörter, allmähliche Zu-

nahme dieser Erscheinungen. Eingeliefert im Dämmerzustand, paranoisch: der Sohn wolle sie ermorden, Vergiftungsfurcht, erregt — mißtrauisch, ablehnend — bewußtseinsklar — geschraubte Motorik — petit mal — epileptischer frontaler Adversivfeldanfall (vordere Zentralwindung) — reizbar, verstimmt — gesteigerte Eigenbeziehung — keine Krankheitseinsicht — leicht manisch — geschraubte, inkohärente Sprechweise, viel Sprichwörter — dissimuliert — petit mal — anfallsartiger Dämmerzustand.

Zusammenfassung: Es besteht von Jugend auf eine Epilepsie (Krämpfe, petit mal, anfallsartige kurze und längerdauernde Dämmerzustände, Verstimmungen) und eine eigentümliche chronische, allmählich zunehmende Wesensänderung (geschraubte Ausdrucksweise, viel Sprichwörter, inkohärent), sowie auch bei Bewußtseinsklarheit viel paranoide Symptome. Die hier unzweifelhaft organisch-prozeßhaft bedingte Wesensänderung steht in der Mitte etwa zwischen einer solchen epileptischer und schizophrener Natur. Die „geschraubte“ Motorik läßt sich nicht psychologisch verstehen, es handelte sich vielmehr um eine sicher neurologisch bedingte, sie erinnerte an eine Huntingtonsche Chorea. Familiär war eine entsprechende Belastung nicht nachzuweisen. Im Hinblick auf den beobachteten frontalen Adversivfeldanfall war an einen Hirntumor zu denken. Zum mindesten aber handelt es sich um einen chronischen organischen Hirnprozeß. Im Hinblick auf die Differentialdiagnose Schizophrenie lehrt dieser Fall, daß er von einem Psychiater ohne neurologische Ausbildung sicherlich als Schizophrenie mit epileptischen Erscheinungen diagnostiziert worden wäre.

Progressive Paralyse

(manisch-depressive bzw. schizophrene Bilder).

Krankengeschichte Oberleutnant *Te.*, geb. 30. 11. 1869. In der klinischen Beobachtung: 1918—1924.

Vorgeschichte (Angaben des Pat.): Familienanamnese o. B. Als Kind im allgemeinen gesund, keine Krämpfe. Gut gelernt. Stimmung im allgemeinen leicht schwermütig, aber nicht krankhaft, gleichmäßig. Nie sehr freundschaftlich angeschlossen. Gleich nach dem Abitur ins Heer eingetreten. Seit 1902 verheiratet. Frau gesund, 3 gesunde Kinder. Spätere Angaben: Vater habe vorübergehend eine „Schwermutsbesessenheit“ gehabt und „große Glücksperioden“.

Im Sommer 1914 viel Schwierigkeiten im Dienst. Aufgeregt und nervös. Bekam Schwindelanfälle. Verlor plötzlich die Orientierung. Verließ sich in der Kriegsschule. Konnte plötzlich, als er auf dem Klosett saß, den l. Arm und das l. Bein nicht bewegen. Das ging nach ein paar Stunden vorüber. Sprache ungestört. Tat nach einiger Zeit wieder Dienst. Viel Anstrengung, daher Er-

holungsurlaub, Sanatorium. Ging zu Anfang des Krieges ins Feld. April 1915 in russische Gefangenschaft. Im Sommer 1916 etwas Schwindelanfälle. Gingen bald vorüber. Vom russischen Arzt Arteriosklerose festgestellt. Wurde im Februar 1918 ausgetauscht. Nach 8 Wochen Urlaub im Juni 1918 ins Feld. Zu Hause kribbelig und nervös. Im Felde fiel ihm das Überlegen und Denken schwer. Führt ein Regiment. Konnte mit seinen Aufgaben nicht fertig werden. Benommener Kopf. Verzweifelte Stimmung. Verzagte an allem. Traute sich nichts zu. Merkfähigkeit sehr schlecht. Gedächtnis nicht beeinträchtigt. Meldete sich am 1. Juli 1918 krank.

Jetzige Klagen: Große Mattigkeit. Druck auf dem Kopf. Jetzt keine Schwindelanfälle, höchstens bei ganz raschen Bewegungen. Schlechte Stimmung. Schlaf wechselnd gut.

Angaben der Schwester: Früher sehr lebhafter Mensch, sehr gern „geflirtet“, lebhafte Augen. Nie Melancholien.

Angaben der Frau: Die auf dem Klosett aufgetretene Lähmung habe das rechte Bein und den rechten Arm betroffen. In der Folgezeit unfähig zum Denken und trübe Stimmung. Der Zustand sei ähnlich gewesen wie jetzt. Ihr Mann sei schon vor dem Jahre 1914 vergeßlicher geworden, habe im Dienst Sachen vergessen, die man eigentlich nicht vergessen sollte. Von Ohnmachten sei ihr nichts bekannt. In früheren Jahren gleichmäßige Stimmung, jedoch häufig Zeiten von etwa 3 Wochen, in denen er über den Magen klagte und gedrückt war. Keine manischen Zeiten.

Status bei der Aufnahme am 2. 8. 1918: neurologisch und allgemein o. B.

9. 8. Dorsalflexion aller Zehen links. Rechts sicher kein Babinski. Schlaaffe Gelenke. Klagt über etwas benommenen Kopf. Gähnt viel. Kein Erbrechen. Keine Hemianopsie. Bei plötzlichem Aufrichten Schwindelgefühl, sonst keine Schwindelanfälle. Trigeminus o. B. Morgens fühlt er immer eine wohlige Müdigkeit und Leerheit im Kopf. Denkt gar nicht.

15. 8. Liegt still im Bett, döst vor sich hin, macht immer müden, abgespannten Eindruck, spricht wenig, schläft am Tage viel. Machen sich traurige Gedanken „über sein Leben und über die große Weltlage“. Noch manchmal krankhafte Eigenbeziehungen, habe manchmal das Gefühl, als ob andere Leute mit Steinen nach ihm würfen, mit dem Finger auf ihn zeigten, ihn für einen Drückeberger hielten. Es sei dies wohl krankhafte Einbildung. Früher habe er sich sehr häufig solche Gedanken gemacht. Habe jetzt keine Lust mehr zu geistiger Tätigkeit, fühle sich immer matt, habe an nichts mehr Freude. Klagt über Ohrensausen. Der Kopf sei benommen, er fühle sich immer dösig im Kopf und schläfrig.

Ablehnend und unfreundlich gegen das Personal. Bei der Visite wenig zugänglich, gibt nur dürftig Auskunft, spricht mit halblauter, etwas weinerlicher Stimme. Gesichtsausdruck traurig, Stimmung gedrückt.

22. 8. Wa. R. Blut zweifelhaft $\pm$ bei leichter Eigenhemmung.

25. 8. Leichte Besserung des depressiven Zustandes. Gibt an, daß er bei Aussprache mit seiner Schwester zu weinen anfang.

10. 9. Äußert hin und wieder Beschwerden über Ziehen in den Beinen, besonders in der Haut der Oberschenkel, taubes Gefühl in den Fingern, meist in der r. Hand, gelegentlich auch in der l. Hand. Ab und zu leichte Kopfschmerzen. Gefühl der „Zerschlagenheit am ganzen Körper“. Ohrensausen und Ohrenklingen.

11. 9. Lumbalpunktion ergibt: $\frac{14}{3}$ oder $\frac{37}{3}$ Zellen im cbmm. nicht sicher zu verwerten. da viele weiße Blutzellen im Liquor. Nonne deutlich +. Eiweißvermehrung nach Nißl (7 Teilstriche). Wa.R. Liquor negativ. Druck nicht erhöht. Farbe wasserhell.

18. 9. Reißen in den Beinen. „geht von der Ferse aufwärts zu den Knien“. In der l. Schulter und Brust Gefühl des Ameisenlaufens. Die Schmerzen haben keinen lanzinierenden Charakter. Keine Blasenstörungen.

Entlassung am 17. 1. 1919.

Wiederaufgenommen am 7. 12. 1919. Gibt an, daß er bereits 1907. nach Rückkehr von der Hochzeitsreise, eine gedrückte Stimmung bemerkte, für die er keinen Grund hatte. Glaubte an Erkrankung (Malaria). Saß oft stumpf da. Syphilidophobie. Glaubte sich als Unglück seiner Familie. Flüchtige Selbstmordideen, aber nie ernstlich daran gedacht. Dauer dieses Zustandes etwa 9 Monate. Keine ärztliche Behandlung, hat den Dienst nicht ausgesetzt. 1913 als Lehrer an der Kriegsschule habe er „geistig versagt“. Im Januar 1914 tiefste Depression, willenlos.

Status: Die r. Lidspalte ist weiter als die l. Licht- und Konvergenzreaktion bds. träge und nicht sehr ausgiebig. Sonst o. B. Gibt an, vor der 1. Aufnahme in die Klinik ernste Selbstmordideen gehabt zu haben, zur Ausführung sei er aber zu stumpf gewesen. Nach der Entlassung aus der Klinik habe seine Stimmung sich allmählich immer mehr gehoben. Oktober 1919 nach M. übersiedelt. Hier „setzte eine Hochflut der Eindrücke des öffentlichen und kirchlichen Lebens, der Kunst und des inneren Lebens ein, schüttelte mich und bringt mich auf die höchste Stufe der Genußfähigkeit“.

7. 12. Sehr gesprächig und umständlich im Erzählen. Läßt sich durch nichts aus seinem Redefluß bringen. Politisch begeistert. Hält diese Zeit für die glücklichste seines Lebens. Will ein Buch „Irdisches Glück“ schreiben. Dichtet. Fürchtet, daß seine glückliche Verückung ihm hier geraubt würde und er dann keine „Sprüche“ mehr machen könne. Die Ärzte seien seine „geistigen Räuber und Mörder“. Spricht viel von „Seele“ und „Geist“, teilweise schwer faßlich. „Das in der Not gebrochene seelische Kraftgefühl des Volkes will ich erwecken, will ich beleben und Seelen erwecken.“ Das kommt ihm selbst so hoch vor, daß er dabei die Hände faltet (worauf er ausdrücklich aufmerksam macht) und „unbewußt den nahen Christus fühlt“. Glaubte, daß eine Reise zum Besuch seiner Mutter in Greifswald nur fingiert war, um ihn in die Klinik zu bekommen. Ist sich nicht klar darüber, ob er krank sei. Da es oft behauptet würde, hält er es für durchaus möglich. Aber durch diese Krankheit sei er glücklich und deshalb wolle er sie gar nicht loswerden. Spricht fast nur in Bildern, Phrasen und Zitaten, was er auch selbst zugibt. Aber dabei fühle er sich gerade glücklich. „Die Gedanken fließen so leicht.“

9. 12. Spricht viel, sehr monoton. Bewegungsunruhe gering. Liegt im Bett. Eher ernstes, etwas gequältes Gesicht, schlaffe, müde Züge. Dabei dauernd außerordentliches Glücksgefühl, schwärmt davon, ist seelig, überglücklich, habe sich nie so gefühlt, fürchte, daß man ihn hier nur von seinem Glücksgipfel stürze. Die Gedanken gehen und kommen, es ist eigentlich gar nicht er, der denkt, „ich fühle mich als ein Werkzeug mit meinen Ge-

danken . . . ich habe einen göttlichen Optimismus“. Die jetzige Zeit ist für ihn eine „tote Zeit“, hat „direkt Berufungsideen“, fühlt sich zu allerlei berufen. „Ich spreche aus dem Stegreif, ohne eigentlich zu denken, fast unnatürlich . . . ich möchte niederknien und die Göttin der Phantasie anrufen.“

Ganz ausgesprochen ideenflüchtig, schweift immer wieder ab, knüpft an an Nebendinge, die vorkommen. Holt weit aus, „alles erscheint mir wichtig und schön“. Aber alle sprachlichen Äußerungen getragen, einförmig, ohne viel Mimik, ohne Gesten.

10. 12. „Jetzt fühle ich mich ein Kerl, der es mit dem Leben und der Welt aufnimmt . . . Ich würde entschieden ein Volksredner werden, wenn ich jetzt zu Worte käme . . . ich fühle mich als Charakter einwandsfrei, ich fühle mich frei von häßlichen Eigenschaften . . . und da wollen Sie mich herunterreißen!“

„Assonanzen fließen mir nur so zu, ich schreibe nur in Alliterationen . . . Was ich in der Schule langweilig gehört habe, das verklärt sich mir zu den schönsten Gedanken . . . Wenn ich allein liege, sprechen bei mir dauernd die Lippen . . . dadurch wird der Gedankengang lauter und rein.“

„Woher fließt mir aber das alles zu? . . . aus den Nerven doch nicht . . . da muß ich zum Überirdischen greifen.“

In M. hatte ich richtige Messiasgedanken, auf der Reise habe ich genau wie der Messias gewirkt, mindestens ein Dutzend Menschen hatte ich mit der Seele in der Hand, ich hauche ihnen natürlich nur Vaterlandsliebe und tiefen Ernst ein . . . Auf der Bahnfahrt liefen die Leute aus allen Abteilen zusammen, ich rief, wenn jemand kam: hier werden nur schwarzweißbrote Gedanken gesponnen . . . manche drückten sich, die anderen drängten sich, es war ein wahrer Volksauflauf.“

(Messiasgedanken?) „Ich wollte zum Wohle der Menschheit, für mein Vaterland auftreten, zur Sittenreinigung . . . nicht daß ich glaubte, Gottes Sohn zu sein, ich lehne überhaupt die Christusfigur in der Geschichte ab.“

Gegen Abend depressive Gedanken, er sei aus den höheren geistigen Sphären herausgedrängt und werde jetzt dem Wahnsinn verfallen. Keine Selbstanklagen, keine Suizidgedanken.

11. 12. Vergangene Nacht schlechter Schlaf. Depressiv, er sei heute zu ernst und mutlos. Bittet darum, daß man keine Waffen, Messer u. dgl. in seiner Nähe liegen lasse, sonst könne er vielleicht einen Suizid begehen und das sei eines Offiziers unwürdig.

12. 12. Wieder manisch. Sehr redselig, ideenflüchtig.

14. 12. Nimmt Anstoß daran, daß bei der Visite mehrere Ärzte in sein Zimmer treten: „Herr Prof. prostituiert und prohibitioniert mich; Sie zwingen mich, meine Schamteile draußen vor die Tür zu hängen, wenn ich meine Höhenzustände habe.“

Er befinde sich in einem herrlichen Zustand, wandle in den elysischen Gefilden, auf dem Parnas.

Erhöhter Bewegungs- und Beschäftigungsdrang. Ist nicht im Bett zu halten, läuft im Saal herum, spricht Plattdeutsch, macht Witze.

Schreibt und dichtet den ganzen Tag. Seine Verse seien druckreif, so wie sie ihm einfielen: er vergleicht sie bezüglich ihres Wertes mit Goethes Gedichten.

Rühmt seinen gesunden Körper, „es strotzt alles vor Kraft und Gesundheit“. Gerät ins Erotische. Er leide morgens an Erektionen. Hebt hervor, daß seine Freundschaft zu einem früheren Mitschüler frei von allen geschlechtlichen Beimengungen sei.

Spricht von seinen „wohlgesetzten Worten“, seiner „schönen Sprache“, seinen „gedankenreichen Ideen“. Er finde es schade, wenn seine schönen Verse dem deutschen Volke verloren gingen. Spricht hin und wieder in Versen.

20. 12. Unverändert. „Ich bin von einer furchtbaren Durchglühung fürs Vaterland beseelt, die mich zwingt, lange Worte mit umfassendem Sinn und viel Sinn drin zu formen.“ Viel Erotisches im Verhalten. Will den Ärzten einen Kuß geben, betont, daß ihm dabei jede geschlechtliche Neigung fehle. Stimmenhören. Gedankenlautwerden u. ä. wird abgelehnt.

4. 1. 1920. Unverändert. Stark gehobenes Selbstbewußtsein. Manchmal merkwürdig verschrobene Ausdrucksweise, bildet lange, zusammengesetzte Worte.

27. 2. Ist zeitweise ruhig und geordnet, meist jedoch unverändert manisches Bild. Hat selbstverfaßte Verse in die Holzmöbel eingeritzt, freut sich sehr über seine „große Leistung“, zeigt wenig Verständnis für das Unpassende seines Verhaltens. Drängt auf Entlassung. Hält sich für ganz gesund.

26. 3. Heute verworrene Äußerungen, liegt verkehrt im Bett, erklärt, auf seinem Leibe seien alle Sterne abgebrannt. Sonst unverändert manisch.

15. 4. Heute streitsüchtig, auf Vorstellungen des Arztes so auffallend und laut, versucht aggressiv zu werden, so daß er auf die unruhige Abteilung verlegt und gewickelt werden muß.

25. 4. Versucht häufig, sich in das Bett jüngerer Mitpatienten zu legen. wird zärtlich mit ihnen, küßt sie.

3. 5. Erotische Momente spielen eine zunehmende Rolle. Erkennt in Mitpat. seinen leiblichen Bruder oder seine unehelichen Kinder. Versucht dann mit breitem Behagen die Zeugungsgeschichten der betreffenden zu erzählen. — Küßt eine jüngere Besucherin.

7. 6. Nennt sich „von X. Hohenzollernprinz“.

29. 6. Bewegungs- und Rededrang hat nachgelassen. Bittet, seine früheren Schriftstücke zu vernichten, da er doch nur Unsinn aufgeschrieben habe. Stimmung noch hypomanisch. Sprache vielfach in Wortspielen, leichte Konfabulationen.

12. 7. Seit gestern fällt auf, daß der Kranke viel in seinem Zimmer auf und ab läuft und vor sich hin redet. Er erklärt das damit, daß er sich seit gestern mit seiner Majestät dem Kaiser, mit seinen Angehörigen usw. unterhalten könne. Bittet, die Geheimnisse dem Arzt allein offenbaren zu dürfen, da es sich um wichtige politische Dinge handle. Er erklärt, daß es sich um elektrisch-magnetische Vorgänge handle. Das ganze Haus hier sei mit Linoleum belegt, ebenso wie das seine. Mit Menschen, die sich in solchen Häusern befänden, könne er sich in Gedanken-

austausch setzen. Früher habe er das nicht gekonnt. Die Fähigkeit datiere erst seit gestern, und infolgedessen ginge es noch nicht besonders gut, da ihm noch die Übung fehle. Er merke die kommende Übertragung an einem ganz, ganz leisen, kaum fühlbaren Kribbeln seiner Fußsohlen, so, als ob eine linde, weiche Hand sich auf dieselben lege. Dann komme eine Schwere über sein Denken, die Gedanken balancieren auf und ab, als ob seine Gedanken auf der einen und die seines Partners auf der anderen Wagschale lägen. Er höre die Gedanken, die ihm mitgeteilt würden, nicht, er merke sie in seinem Gehirn, und dann sprächen seine eigenen Lippen sie mit. Der Verkehr sei aber deutlich. Eben habe er z. B. mit all seinen Verwandten gesprochen, und sie wünschten dringend, daß er sofort komme. Auf die Vorstellung, daß dieser Fernverkehr doch wohl wahnhaft sei, wird er erregt und hält energisch an seiner Realität fest.

13. 7. Verhalten wie gestern. Auf die Aufforderung hin, sich doch einmal mit seinen Verwandten in Verbindung zu setzen, wickelt er sich in eine Decke, legt sich auf die Chaiselongue, faltet die Hände auf der Brust und schließt die Augen. Nach einer kurzen Weile beginnt er mit tonloser, flüsternder Stimme zu reden, etwa wie beim Telephonanruf, lauscht, spricht wieder, lauscht. Nach einer Weile erklärt er, es ginge jetzt nicht, er sei zu abgelenkt.

Spricht von „unsichtbaren Konversatoren“. Auf Befragen: „Anfangs war ich ganz irre, wie hier eingertückt wurde mit dem Elektromagnetismus. — Ich habe hier einen Eintausch von Gedanken gehabt, der mir sehr erfreulich war. Hier ist man in einer dauernden Gedankengemeinschaft, die ich aber nicht seelisch erklären kann, sondern nur naturwissenschaftlich.“ (Mit wem Gemeinschaft?) „Mit jeder beliebigen Person, die sich auf dieselbe Stufe stellt bezüglich eines gemeinsamen Elektromagnetismus . . . Ich nehme an, daß ich von diesem Grundstück aus mich mit der ganzen Welt unterhalten kann, wenn an Stellen, wo man Interesse hat, dieselben Einrichtungen vorhanden sind . . . Man belegt dazu das ganze Haus mit Linoleum und die ganze Welt ebenso, und dann wird durch den deutschen Handel gewährleistet, daß das in allen Haushalten möglich ist.“ (Fortwährendes manisches Abschweifen, Freude am Kleinmalen, Loben der Sauberkeit der Klinik usw.)

(Stimmen?) „Nein . . . der Gesprächsherr, mit dem ich da gesprochen, dessen Gedanken empfinde ich physisch viel lebhafter, als wenn ich selbst in meinem Kopf einen Gedanken anzapfe.“ (Gesprächsherr?) „Ich war angedacht worden (!), und da fragte ich: Mit wem habe ich die Ehre?, und da hieß es: Dr. Oe.“ (Deutliches Hören?) „Nein. Gehirnnervenperzeption . . . es kann aber der Eindruck des Hörens leicht entstehen. . . Heute hatte ich den Genuß, meine Frau plappern zu hören, da sieht man denn auch ihr Bild ein bißchen vor Augen.“

... Ich merke dann immer irgendeine Wärme in den Extremitäten, ein kleiner Wärmedruckstich. ... Das Publikum, mit welchem ich verkehrte, das wunderte sich, daß ich noch so wenig geschickt dachte.“

(Seit wann das alles?) „Ich meine, seit 2 Tagen, mit einmal war der Apparat aufgestellt, und dann ging es sofort los.“ (Apparat?) „Ein Elektromagnet. Ladung mit kolossaler Stärke muß hier angebracht sein, oder ein Erdmagnetismus, auf den Linoleum enorm wirkt. (Die Fußböden der Klinik sind mit Linoleum bekleidet.) ... Meine Frau sagte mir eben auf diesem Wege, daß unter ihrem Bett ein paar Linoleumstücke liegen.“

Um 11 Uhr vorm. findet ihn ein Pfleger nackt — seine Kleidungsstücke sind wirr umhergestreut, als ob er sie in großer Hast abgerissen habe —, schweißüberströmt mitten im Zimmer stehend, heftig gestikulierend. Er geht gleich auf den Pfleger zu und faßt ihn bei der Kehle. Erst mit Hilfe eines 2. Pflegers gelingt es, ihn zu Bett zu bringen. Der herbeigerufene Arzt findet ihn mit gefalteten Händen und geschlossenen Augen im Bett liegend, laut nach seinem Adjutanten schreiend. Aggressiv. Skopolamin, muß bis zum Eintritt der Wirkung von 3 Pflegern gehalten werden.

15. 7. Heute vormittag verkannte er Ref., hielt ihn für seine Frau, streichelte ihm Hände, Gesicht und Knie, blies ihn an: „Das ist die höchste zärtliche Umkosung.“ Alle seine Äußerungen tragen manischen Charakter. Wortspiele, Ideenflucht, häufiges Abschweifen.

„Ich bin elektrisch geladen, gehen Sie von mir weg oder sie verbrennen!“ Verweigert jede Nahrungsaufnahme.

20. 7. War wieder sehr unruhig und erregt. Schlag auf jeden ein, der in seine Nähe kam. Warf Bettwäsche, Matratze usw. aus dem Bett heraus, zog sein Hemd aus und legte sich nackt auf die Sprungfedern. Schlag mehrmals mit dem Kopf kräftig an die Wand. Schrie plötzlich laut: „Feuer! Feuer!“ Auf die Frage, was denn los sei: „Sehen Sie denn nicht, alles brennt, dort laufen ja die Flammen an den Wänden herunter, lassen Sie doch löschen! Feuer!“ Weicht mit ängstlichem Gesicht in die Mitte des Zimmers zurück, sträubt sich aufs Äußerste, ins Bett gelegt zu werden.

Nahrungsaufnahme selbständig.

22. 7. Seit gestern mittag völlige Nahrungsverweigerung. Sondenfütterung. Heute abend laute Hilfeschreie: „Befreien Sie mich von dieser Verbrecherbande, man will mich ermorden: dauernd wird mir allerhand Gift beigebracht, und seitdem ich nichts mehr esse und trinke, greift man mich mit giftigen Gasen an oder sucht mich zu ermorden. Es besteht ein ganzes organisiertes Komplott, eine Verbrecherbande gegen mich, der auch Prof. Schr. angehört. Sie lecken Ihre Lippen so, das müssen Sie wegen des Gases. Sehen Sie, jetzt putzen Sie Ihre Nase. Reden Sie doch nicht, es war doch keins hier,“ wenn Sie selbst deswegen Ihre Nase putzen! Ich muß pusten!“ Bläst dauernd Ref. ins Gesicht. „Sehen Sie, jetzt haben Sie schon eine Gasmaskе aufgesetzt, ich sehe sie ganz deutlich. Bestreiten Sie doch nicht, was ich sehe! Ha, jetzt blitzt

es in Ihren Augen. Sie gehören also auch zu der Verbrecherbande, zu dem Verschwörerkomplott, ich sehe das an dem Blitzen im Auge. Hilfe! Hilfe!“ usf.

Der Kranke erzählt dies alles mit weit aufgerissenen, ängstlichen Augen, laut brüllender Stimme und ständigen Versuchen, fortzulaufen oder sich zu verstecken oder loszuschlagen. Etwas Manisches ist augenblicklich nicht festzustellen.

28. 7. Unverändert. Eine Fülle von Halluzinationen. Bei Äußerung seiner Verfolgungsideen äußerst starke ängstliche Erregung.

6. 8. Es wechseln kurzdauernde manische Zustandsbilder mit solchen äußerster Erregung. Letztere werden jedoch seltener und kürzer. Später will er sich derselben nicht erinnern.

Heute abend verlangte er plötzlich vom Arzt ein warmes Bad. Auf den Einwand, er habe doch erst am Nachmittag gebadet, bestreitet er das energisch. Er habe mindestens 5—6 Wochen nicht mehr baden dürfen!

10. 8. Während der Kranke gestern ganz ruhig war, weinte, über körperliche Angst klagte, die er sich nicht erklären könne und sinngemäß bereitwilligst Auskunft gab über seine Halluzinationen, an denen er festhält, liegt er heute den ganzen Tag mit einem maskenhaften Lächeln unbeweglich auf dem Rücken, redet nicht spontan, gibt auf keine Frage eine Antwort. Auf eindringliches Zureden macht er mit Hand, Schulter und Kopf kurze Ausdrucksbewegungen, ohne dabei die Mimik zu ändern. Passive Bewegungen völlig frei, läßt die Glieder gleich schlaff in Ruhelage fallen.

18. 8. Halluziniert viel, wird dann zeitweise sehr erregt, springt schreiend aus dem Bett, da es mit Starkstrom geladen sei, weigert sich, wieder hineinzugehen. Gelegentlich greift er Pfleger oder den Arzt an, glaubt sich von ihnen bedroht. Oder er weigert sich, eine Mahlzeit einzunehmen, da dieselbe vergiftet sei oder weil es ihm von Majestät verboten sei, das zu essen. Gelegentlich murmelt er immer wiederholend einzelne Worte vor sich hin, z. B. „Meistersinger, Meistersinger...“

21. 8. T. ist heute völlig geordnet, bittet inständig, von der unruhigen Abteilung verlegt zu werden. Erzählt ungefragt über die Vorgänge der letzten Wochen. Entsinnt sich aller Einzelheiten. „Ich habe mich ja ganz verrückt benommen!“ Erzählt, daß er sich stets so zu Boden geworfen habe, weil er von Ref. ohne daß er da war, den Befehl dazu bekommen habe. Andere Dinge habe er auf Befehl Sr. Majestät ausgeführt. Er habe eben alles getan, was man ihm befahl und habe es auch tun müssen, selbst wenn es unsinnig war. Wie die Stimmen zustande kamen, kann er sich nicht erklären, sie seien Wirklichkeit, nicht Einbildung gewesen. Es seien immer Stimmen gewesen, gegen die er sich nicht wehren konnte, gleichgültig, wie er den Kopf legte oder ob er sich die Ohren zuhielt. Sie seien wohlirgendwie in seinem Kopfe entstanden, aber keine Gedanken gewesen, sondern hörbare Stimmen. Allerdings nicht so laut und deutlich wie wir jetzt sprächen.

26. 8. Halluzinationen häufen sich sehr.

28. 8. „Hier bedroht mich fortwährend jemand. Ich will so lange schreien, bis ich ein anderes Bett bekomme, das nicht elektrisch ist. In Greifswald ist vielleicht ein Mann, der Herr Kaiser heißt. Ich bin ein Berufssoldat, es ist eine Schweinerei, mich mit den Menschen hier auf eine Stufe zu stellen. Ich will keinen Verkehr haben, ich will hier raus aus dem Verbrecherhaus. Ja, das Schreien geht immer besser. Ich habe meine Stimme noch nicht wieder. Ich weiß jede Handlung, die ich in M. gemacht habe. Jawohl, der Herr Prof. Schr. ist schuld daran, dieses Sauaas, und dieser Verbrecher Dr. Oc. Es ist eine gemeine Erfindung, den Magnetismus so auszunützen. Herr Gott, nun soll ich gerädert und gevierteilt werden in diesem verfluchten Saustall! Ich will doch lieber verrecken, als dieses Leben fortführen“ usw.

31. 8. Schläft fast den ganzen Tag, bzw. liegt mit geschlossenen Augen ruhig da. Geweckt gibt er ruhig und geordnet Auskunft. Klagt über dauernde Belästigung durch Stimmen, die ihn beschimpfen und elektrische Ströme in seinem Bett. Hält beides für therapeutische Maßnahmen seitens der Ärzte. Bedankt sich für die dauernde viele Mühewaltung, bittet aber doch, wenn möglich, etwas weniger angreifende Maßnahmen zu treffen.

14. 9. Es wäre, als wenn ihm die Gedanken aufgezwungen würden. Seit einer Reihe von Tagen stehe er unter einem Bann. Ein schwerer bindender Zwang käme aus der Bettwärme. „Sowie die starken Adern im Hintern Fühlung nehmen mit den Federn, gehen die Gedanken in mich über. — Seit Wochen habe ich keine Sekunde bewußtlosen Schlaf. Man hat den Eindruck, als wenn die Sache monatelang dauern könnte.“ Wird im Laufe der Unterhaltung ausfallend, erregt, entschuldigt sich dann wieder.

17. 9. Liegt regungslos im Bett, die Augen halb geschlossen, antwortet nicht. Schlaf und Nahrungsaufnahme schlecht.

30. 10. Wenn er nicht schläft, liegt er mit gefalteten Händen unbeweglich auf dem Rücken oder zur Wand gedreht und bewegt im Selbstgespräch die Lippen. Läßt sich durch keine Anrede stören.

Besonders auffallend ist, daß er schon nachmittags häufig von Dingen, die vormittags passierten, wie Besuch von Angehörigen, große Visite, Baden u. ä. nichts mehr wissen will.

15. 9. Hat seine frühere freundliche, höfliche, gesellschaftliche Art, sich zu geben, völlig abgelegt. Sucht durch Nichteingehen auf Fragen, schroffe und kurze Form und immer wieder eingestreute nichtachtende oder beleidigende Redewendungen die Unterhaltung zu erschweren.

3. 12. Zwei Tage wurde eine leichte heitere Verstimmung beobachtet, jedoch ohne Rede- und Beschäftigungsdrang und ohne Ideenflucht... Die Ärzte und das Pflegepersonal wüßten immer genau, was er tue, auch jetzt, was er mit seinem Besuch spreche (allein im abgeschlossenen Korridor).

23. 12. Ist heute zugänglich. Gibt an, daß er sich sehr glücklich darüber fühle, daß er in so guter Behandlung sei. Alle seine Gedanken:

und Taten, ob er sich wasche, esse, zu Bett oder zur Toilette gehe, würden von Ref. durch Fernwirkung geleitet, vielleicht ähnlich wie durch drahtlose Telegraphie. Er merke die Aufträge in seinem Gehirn, etwa wie durch Mitklingen der Gedanken. Er höre nichts. Anfangs sei er sehr unglücklich und ungehalten über diese Hörigkeit gewesen. Jetzt fühle er sich wohl dabei, da das zu seiner Behandlung gehöre. Von den früher geäußerten Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, ebenso von seiner Aggressivität will er nichts wissen. Meint lachend: „Sie erzählen mir Scherze, davon weiß ich gar nichts und es ist unmöglich.“ Keine Intelligenzdefekte.

28. 2. 1921. Heute fiel bei der Visite ein besonders grobes und abweisendes Verhalten seitens des Pat. auf: ein Eindringen in seine Psyche war nach wie vor unmöglich. Seine Augen funkelten zornig, bissiger, wütender Gesichtsausdruck. Mitkranke berichten u. a.: Plötzlich werfe er sich betend auf die Knie bzw. lang auf den Bauch, verharre so lange, um dann plötzlich wieder aufzuspringen, aus dem Fenster zu schauen und sich dann gleich wieder hinzuworfen. Gestern nacht habe er die Mitkranken geweckt und ihnen in militärischer Form befohlen, die Hände zu falten, sie müßten jetzt gemeinsam für seine Frau beten, die sich in schwerer seelischer Krise befände.

6. 7. Unterhält sich nur mit dem Direktor der Klinik, jedoch auch hier meist nur auf Indifferentes eingehend. Einmal äußerte er noch paranoische Ideen. Er sei 1919 durch eine Gasbombe betäubt worden. Nachher habe er dafür Amnesie gehabt (eigener Ausdruck). Sein Verhalten gegen seine ihn besuchenden Angehörigen ist dasselbe wie gegen die Ärzte. Seine Schwester gibt an, er habe ihr erzählt, er sei hier von einer Räuber- und Verbrecherbande umgeben und der Hauptverbrecher und Mörder sei Prof. V. Bei seinem Umherlaufen zeigt sein Gesicht einen verbissenen Ausdruck. Von Zeit zu Zeit brüllt er jetzt plötzlich laut auf, im Tagesraum nur momentan, in seinem Zimmer jedoch öfters minutenlang. Es handelt sich dabei um einfaches Brüllen, nicht Worte, der Klangfarbe nach um Zeichen von Wut.

20. 7. Gibt an, daß er in vergangener Nacht dauernd von führenden Geistern belästigt worden sei, die ihn in gemeinster Weise beschimpften. Er bittet darum, das abzustellen. Es sei ja sehr nett von den Ärzten, daß sie auch aus der Ferne therapeutisch auf ihn einwirkten, aber die Dinge der letzten Nacht müßte er sich doch verbitten.

Bei der Visite liegt er ruhig im Bett, das Gesicht macht einen verzückten, ekstatischen Eindruck, die Augen sind nach der Zimmerdecke gerichtet, um die Mundwinkel ein leichtes Lächeln. Gibt spontan an, er befände sich augenblicklich im Trancezustand. Das wäre auch mal für die Ärzte interessant zu beobachten, man solle nur aufpassen. Mit flotter, etwas affektierter Stimme spricht er spontan folgendes: „Ich, Frau Oberleutnant a. D. Marie X., habe die Ehre, mich den Herren so zu empfehlen, wie sie es wünschen, vielleicht als Blümlein im Sinne der Gräfin Adelheid. Ein Frühstück comme il faut et a la fourchette. Seine Majestät geruhen Herrn Professor einen

kleinen Floh auszuhändigen in Gestalt eines kleinen Chinaschaffots.“ Auf eine nähere Erklärung, ob er irgend etwas sehe oder höre, läßt er sich nicht ein.

10. 8. Von Zeit zu Zeit stößt er weithin schallende, unverständliche, fast tierische Laute aus oder brüllt „Mörder“. Bei jeder Visite ist er abweisend und grob, dabei die gemeinsten Ausdrücke gebrauchend. . . . Um seine Familie scheint er sich gar nicht zu kümmern. Er schreibt keine Briefe und bei Besuchen von Angehörigen ist er größtenteils genau so grob wie zu den Ärzten. Schimpft auf seine Verwandten, nennt seinen verstorbenen Schwager einen Landesverräter, weil dieser freisinniger Abgeordneter war.

24. 8. Stürzte unvermittelt auf den ihm begegnenden Prof. V. los mit den Worten: „Licht aus, Messer raus, haut Prof. Willy V.“! Suchte ihn zu würgen, so daß jener schleunigst flüchten mußte.

26. 8. Verhalten gegen die Ärzte unverändert. Ein freundliches, höfliches „Guten Morgen“ beantwortet er mit „Hornochse“, „Scheißkerl“, „Mörder“, und ähnlichem. Heute morgen sagte er mit grollenden Augen, zornigem Gesicht und unter Zähneknirschen beinahe unverständlich: „Gerhard R., Sohn des General R., wurde ermordet durch den Prof. Willy V. Dieses gibt bekannt Prof. Schr. Ich habe es gern, Mörderblicke auf mir ruhen zu fühlen. Ich lausche Ihren Worten gern.“

29. 8. Erzählte einem Mitpatienten (früheren Mitschüler), er würde von einem Offizier und einem Kriegsgerichtsrat, mit denen er Differenzen in russischer Gefangenschaft hatte, verfolgt.

21. 9. Krankheitsbild bleibt eintönig dasselbe. T. liegt dauernd, abgesehen von den Mahlzeiten, die er ruhig und selbständig zu sich nimmt, in bequemer Haltung fast bewegungslos auf dem Rücken, die Augen entweder geschlossen oder gegen die Decke gerichtet. Mit leiser Stimme spricht er dauernd vor sich hin.

12. 10. In letzter Zeit fallen Wortneubildungen in seinen ständigen Reden auf. So nennt er Prof. V. und Dr. Oe. die „Aortamörder“, weil sie eine bestimmte Beziehung zur Aorta hätten. Sie seien die Bestien. Er habe einen kleinen Anhalt in seiner Seele, sei ein merkwürdiger Mensch und habe Gifterinnerungen. „Die“ — zeigt auf Prof. V. und Dr. Oe. — „haben eine gewisse Manie, Gift den anderen Menschen zu geben. Das sind die Blutsverwandten, dann sind es die besten. Schwester der Mutter und Bruder der Mutter haben sich die Ehre gegeben. Sawodehoc. Ich weiß, daß auch die Bestien darüber unterrichtet sind. (Mit mir [Prof. Schröder] stehen Sie in besonderer Beziehung?) „Nein, durchaus nicht. Die behandle ich wie Bestien. Diese Vorlesung heute ist mir sehr interessant, die Sie mir geben in Gegenwart dieser Menagerie.“

26. 10. „Ich verspüre feindliche Nadelstiche, das sind Nadelstiche, die einem weh tun; doch man schreit nicht viel. Sie (zu Dr. Oe.) waren der Träger einer Blutsäule, die sich mir nähern sollte. Das müssen Sie wörtlich verstehen. Ich bin ja Freiherr. Ich schreibe mich noch nicht „von“. Ich sehe in Ihnen jetzt

wieder den Träger einer Maschine.“ Nähere Auskunft darüber, wie das zu verstehen sei, ist von T. nicht zu erhalten.

4. 11. In letzter Zeit stößt T. zwischen den einzelnen Worten seiner Selbstgespräche oder Unterhaltungen eigenartig grunzende, schnarchende Töne aus, ähnlich dem „ch“ in Buche“. Zeitweise produziert er, in Ruhe gelassen, minutenlang nur diese Rachenlaute.

27. 9. Völlig interesselos für seine Umgebung, beschäftigt sich nicht.

8. 12. Den ärztlichen Anordnungen, die einer Skabies wegen bei ihm getroffen sind, kommt er bereitwilligst nach. Im allgemeinen ist er etwas höflicher geworden. Auf ein näheres Eingehen auf sein Innenleben läßt er sich nicht ein: „Ich spreche mit meinem Körper. Der Körper ist mir interessant. Ich dachte, die Seele des Menschen wäre überragend. Denken Sie, daß ich in einer psychiatrischen Klinik bin! Das weist mich hin auf Körper, Geist und Seele, und diese Drei unterhalten mich besonders gut. (Wie unterhalten sie sich?) „Dazu muß man studiert haben. Ich unterscheide weiße und schwarze Seelenärzte.“ (Wie unterscheiden sich die?) „Dann muß man farbenblind sein. Es gibt auch Schwarzweißblinde, die das Vaterland verraten.“ (Wie machen Sie, daß Sie mit Ihrem Körper sprechen?) „Das kann man auf verschiedene Art und Weise. Professor Schr. sagte zu mir: Lassen Sie den Körper mit sich reden. Das hat sich bewahrheitet. Der Körper spricht mächtig. Ihr Körper spricht doch auch sehr viel. Der Körper spricht zu jedem Menschen.“ (Auf welche Weise?) „Ich verstehe aber, was ich sage, und wenn Sie es nicht verstehen, dann fehlt Ihnen etwas im Verstande.“ (Vielleicht helfen Sie mir mal?) „Dann müssen Sie sich an Prof. Schr. wenden. Ich habe Ihnen schon so viel erzählt. Jeder Körper spricht zu jedem Blutsucker seine eigene Sprache, und diese Sprache ist sehr schön.“

14. 12. Am linken Unterarm besteht seit 8 Tagen ein Ekzem, das rasch zu Handtellergröße anwuchs. Dr. V.-Hautklinik hält dasselbe für ein Tuberkuloid oder Syphilioid. Die rasche Entstehung spräche für letzteres. Erneute Blut- und Liquoruntersuchung: Blut: Wa.-R. schwach +. S.-G.-R. zweifelhaft. Liquor: Wa.-R. 2 Extrakte ++++. S.-G.-R. nicht ausgeführt. Nonne +. Eiweiß nach Nißl: 2 Teilstriche. Mikr. Zählkammer: 62/3; 57/3.

30. 1. 1922: Grippe mit Temperaturen bis 39°. Der psychische Befund blieb dabei dauernd unverändert.

10. 2. Kümmert sich um seine Mitkranken gar nicht, unterhält und beschäftigt sich nicht. „Ich bin mir selbst am interessantesten, da ist man in bester Gesellschaft.“ Wenn er nicht schläft, spricht er mit eigenartig schnarrender Stimme vor sich hin oder macht stereotyp eigenartig schnarchend-grunzende Laute. In der Unterhaltung immer noch ablehnend. Von Verblödung ist nichts zu bemerken. Eigenartige Ausdrücke, wie „Aortenmörder“ oder „Blutsäulenverwandter“ kehren gelegentlich wieder.

25. 2. Hatte heute Besuch von seinen beiden Schwestern. Am Abend sitzt er auf der Bettkante, beide Hände unter das Gesäß gesteckt, wippt rhythmisch hin und her, ständig mit aufeinander gebissenen Zähnen, lebhaft und lustig blickenden Augen, halblauter, knurrig-grimmiger Stimme in pathie-

tisch getragener Form vor sich hin redend. (Besuch?) „Ja, das war mir sehr schmerzlich.“ (Warum? Schlechte Nachrichten?) „Nein, es war das Blut, das zu mir kam. Ich freue mich, daß ich das dem Nervenarzte Dr. Oe. sagen kann. Es war das Blut meines Herrn Vaters, das in dem Blute der Töchter meines Herrn Vaters zu mir kam.“

29. 4. Ein Intelligenzdefekt im Laufe der Krankheit ist nicht feststellbar, ebenso wenig kann man, abgesehen von seiner allgemeinen Interesselosigkeit, einen wesentlichen Defekt des Gemütslebens feststellen. Er ist jetzt dauernd ansprechbar und einfühlbar. — Man bekommt häufig den Eindruck, als ob er manches rede, um sich über die Ärzte lustig zu machen. Bei gewollten Explorationen ist bei ihm nichts herauszubringen.

4. 5. Wa.-R. Blut: schwach positiv.

10. 5. Schläft fast den ganzen Tag.

10. 6. Stößt gelegentlich iterierend schnalzende und schmatzende Rachenlaute aus.

24. 6. Psychisches Bild unverändert.

4. 8. Bewegungsarm. Die oben zitierten Wortneubildungen kehren häufig wieder, er produziert aber keine neuen. Kümmt sich nicht um seine Mitkranken, beschäftigt sich nicht. Merkfähigkeitsschwäche und Gedächtnisstörung lassen sich nicht nachweisen, ebenso wenig ein Nachlassen der Intelligenz.

17. 9. Unverändert. Spricht meist mit gezielter Stimme vor sich hin. Gegen den Arzt im allgemeinen ablehnend. Wird hin und wieder kniend vor seinem Bett angetroffen.

20. 10. Spricht meist in geziertem, pathetischem Ton vor sich hin, gibt dann wieder eigenartig schnarchende Geräusche von sich. Hin und wieder schimpft er kasernenhofmäßig. Gestern küßte er einen jüngeren Kranken und erklärte, er sei dessen Vater.

21. 10. War heute sehr erregt, brüllte häufig unartikulierte Worte, erhielt eine dreistündige Packung, gegen die er durchaus unempfindlich war, beruhigte sich jedoch.

30. 10. Bietet immer dasselbe Bild, hält Selbstgespräche in eigenartig zähnefletschender Weise, brüllt dann plötzlich: „Lustmörder!“, „Raubmörder!“ oder „Hurra!“ Seit einigen Tagen hält er häufig die Arme ausgebreitet, wie segnend erhoben.

21. 11. Spricht oder schreit in gespreizter, theatralischer Weise fast dauernd vor sich hin.

30. 1. 1923. Keine wesentliche Veränderung. Ist dauernd laut, schreit und brüllt. Bisweilen Andeutung von Ideenflucht. Empfängt den Prof. heute bei der Visite: „Pythagoras, mein Sohn, o gib mir deine Hand, du stehst vor deinen Ahnen! Hie gut Brandenburg allewege! ... Cheops ... Ein spanisch Ferkel am Spieß gebraten habe ich gegessen.“ (Gibt dem Prof. die Hand.) „Da hast 'nen Taler, geh auf den Markt, kauf dir 'ne Kuh, ein Kälbchen dazu.“ Als der Prof. von Chemie spricht, sagt Pat.: „Chemie hast du eingeführt, du Superkluger.“

25. 2. Ist fast ununterbrochen laut, spricht und schreit in geziertem, theatralischen Tonfall mit Zungen-R vor sich hin, sitzt dabei meist aufrecht im Bett und vollführt mit den Händen segnende und andere Bewegungen. Der Inhalt seiner Selbstgespräche ist verworren und zusammenhangslos.

20. 3. Sitzt meist im Bett aufrecht, reibt sich mit der einen Hand den Kopf und schlägt mit der anderen Hand zur Bekräftigung seiner Worte gegen die Brust.

31. 3. Reibt sich in stereotyper Weise mit der r. Hand die Glatze, schlägt taktmäßig mit der l. Faust gegen seine Brust oder gegen die Wand. Zeigt großen Rededrang. In seinen Äußerungen zerfahren.

6. 4. Unverändert. Reibt fortgesetzt mit einer Hand auf seinem Kopf herum, neigt auch sonst zu Bewegungsstereotypien. Vollführt fast dauernd ein schnurchelndes Geräusch mit dem Munde, deklamiert dazu in theatralischem Tone Bibelstellen, das Vater-unser usw.

15. 6. Überwiegend gereizt und ablehnend, zeitweise zugänglicher, doch auch dann zerfahren und nicht einfühlbar. Häufig Bewegungs- und Redestereotypien.

26. 7. Selbstzufriedene, leicht gehobene Stimmung. Kein Krankheitsgefühl. Bedürfnislos.

16. 8. Zeitweise negativistisch und mutazistisch.

6. 9. Im allgemeinen zugänglich, meist zerfahren und abschweifend. Will nicht aus der Klinik heraus, da er sich hier durchaus wohl fühle.

21. 9. Meistens liegt er still da und macht mit dem Munde stereotype schlürfend-schmatzende Geräusche.

28. 9. Ruhig und freundlich, immer geneigt zu kleinen Scherzen. Steckt sich eine Blume in den Gehörgang, behauptet, das tue dem Ohre gut und die Blume erhalte sich dadurch frisch. Nach Frau und Kindern gefragt, zeigt er sich für deren Ergehen gänzlich uninteressiert. Seine Äußerungen erscheinen unzusammenhängend und zerfahren. Bedürfnis- und interesselos.

3. 10. Auf die an ihn gerichteten Fragen geht er selten ein. Seine anscheinend zerfahrenen Antworten sind jedoch stets assoziativ zusammenhängend, nur spinnt er seine ideenflüchtigen Gedankengänge so weiter, daß man gelegentlich dem Zusammenhang nicht folgen kann.

16. 10. In der Unterhaltung mit dem Arzt immer etwas Würdevoll-herablassend-scherzendes, dabei führt er mit dem Kopfe gleichmäßig nickende und wiegende Bewegungen aus.

9. 11. Bringt noch immer eigentümlich schlürfende Geräusche hervor. Nickt oder wackelt stereotyp mit dem Kopf.

16. 11. Meint zu dem unverständlichen Schwatzen eines Hebephrenen: „Das ist wohl aztekisch?“

23. 11. Liegt zufrieden und Bedürfnislos in seinem Bett, immer gehobener Stimmung, jovial, zu Scherzen geneigt. Meist bringt er schlürfende Geräusche hervor. Führt dabei rhythmisch mit der Hand über seinen Kopf.

30. 11. (Herr Oberleutnant, wie geht es?) „Ich heiße nicht Herr Oberleutnant!“, wehrt sich wie scherzend gegen diese Anrede. „Nennen Sie mich Herr Vater!“ Meint zum Arzt, er sei schon oft gestorben. „Wir sterben alle oft.“ Er sei der Vater aller großen Pastoren. Stöcker. Dryander. Habe schon oft das Abiturium machen müssen. Erzählt von Menschen, die tausendmal hingerichtet worden seien. „Dann wird immer wieder der Kopf abgehackt.“

7. 12. Ab und zu Personenverkennungen, von denen jedoch nicht klar festzustellen ist, ob sie nur scherzend gemeint sind.

13. 12. In den letzten Tagen gar nicht ansprechbar. Liegt teilnahms- und bedürfnislos im Bett, die Augen geschlossen, nur bisweilen, wie gewöhnlich, sein schlürfendes Geräusch vorbringend.

12. 1. 1924. Dem Arzt gegenüber weiter unzugänglich, mutazistisch. Zwischen durch am Tage wird er unruhig, lacht laut vor sich hin und führt erregte Selbstgespräche.

18. 1. Pupillen: Lichtreaktion: r. = l. prompt und ausgiebig. Konvergenzreaktion: r. = l. +.

Antwortet bereitwilligst und läßt eine humorvolle, behaglich zufriedene Stimmung erkennen. Seine Stimmung sei „sehr gut“. Den Namen des Direktors der Klinik gibt er richtig an, meint aber, der Stationsarzt Dr. P. wäre „Herr Franz“, Dr. M. „Herr Dittler“. (Wann der letzte Krieg?) „1913—14. Da sind so viele gefallen.“ (Welches Jahr denn jetzt, 1899 oder 1999?) „1999, das ist eine sehr lange Zeit.“ (Wann geboren?) „1869.“ (Also 130 Jahre alt?) „Das wird wohl stimmen.“ (Wozu das schnarrende Geräusch?) „Das ist meine Krankheit, da kann ich nicht für.“ (Sind Sie denn krank?) „Das kann ein Kranker nicht sagen. Ich bin kein Arzt. — Sonst wäre ich nicht im Krankenhaus.“ (Möchten Sie denn nach Hause?) „Wenn ich gesund bin.“ (Fühlen Sie sich denn krank?) „Ein Kranker soll sich im Krankenhaus gesund fühlen!“ (Zukunftspläne?) „Im Krankenhause soll man keine Pläne schmieden. „In allen seinen Äußerungen hat er etwas behäbig Überlegenes, Humorvolles.

26. 1. Zustand immer der gleiche. Hoheitsvoll, jovial scherzend. Untersuchung des Liquors: Ausw. Hauptmann 1.0—0.2 ++++. S. G. positiv.

2. 2. Liegt mit hoheitsvoller Miene halbaufgerichtet im Bett und reicht dem Arzt wohlwollend, herablassend seine Hand, immer still, genügsam, euphorisch. Bisweilen lacht er unmotiviert vor sich hin.

23. 2. Liegt in den letzten Tagen steif, unbeweglich im Bett. Der Gesichtsausdruck unbeweglich, hoheitsvoll. Dabei mutazistisch und negativistisch.

5. 3. Zeitweise singt er laut, pathetisch oder führt mit feierlich salbungsvoller Stimme Reden, die stark religiös gefärbt sind. „Sie sind ein Heiliger . . . der Schöpfer ist groß . . . gelobt sei Gott.“

15. 3. Zunehmend stiller, teilnahmsloser, antwortet auf Fragen nur wenig, mit leiser Stimme. Begrüßt den Arzt: „Sehr liebenswürdig, daß Sie mich wieder einmal besuchen.“ Affektiv nicht mehr ansprechbar. Seiner Frau gegenüber völlig teilnahmslos.

21. 3. Weiter stumpf, indolent, keinerlei Krankheits-einsicht, undeutliches Krankheitsgefühl. (Sind Sie denn krank?) „Das

müssen Sie doch wissen, Sie sind doch der Arzt.“ Lacht oft unmotiviert vor sich hin oder führt leise Selbstgespräche . . . Näßt wiederholt in den Saal. Hält den Kopf seit einiger Zeit wie bei einem Schiefhals, starr, krampfhaft auf die linke Seite geneigt.

10. 4. Äußert keine Wünsche, hat keine Lust, aufzustehen. Hält den Kopf meist abgehoben, vollführt ein schnarchendes Geräusch.

23. 5. Liegt vorsich hindösend in seinem Bett, redet spontan gar nichts mehr und angeredet nur das Notwendigste mit leiser, kaum verständlicher Stimme, euphorisch, bedürfnislos. Einmal äußert er dem Arzt gegenüber: „Ich bin gar nicht Oberleutnant, ich bin Generalfeldmarschall.“ — Zieht schlürfend die Luft ein.

27. 5. Große Bewegungsarmut. Der Gang ähnlich der Paralysis agitans. Kein deutlicher Tremor. In den oberen Extremitäten scheint eine Rigidität zu bestehen. Die Reflexe sind sämtlich erhalten, die Sehnenreflexe lebhaft. — Starke Neigung zur Urtikariabildung . . . Schmiert stark mit Kot.

17. 6. An 3 Fingern sind große, tiefliegende Blasen aufgetreten, nach dem Urteil der Hautklinik durch zentral bedingte trophische Störungen hervorgerufen.

27. 6. Nach dem Urteil von Geh.-Rat Pels Leusden besteht eine schwere Spondyloarthritis angylopoetica cervicalis.

24. 7. Stimmungslage weiterhin euphorisch, bedürfnislos. Keine Angaben über Schmerzen. Im Bett bewegter sich spontan kaum mehr, liegt fast unbeweglich. Rumpf und Kopf nach rechts geneigt. Um den linken Mundwinkel ständige muskuläre Zuckungen, zudem vernimmt man ein Geräusch wie Zähneknirschen, wenn man sich über den Kopf des Pat. beugt.

2. 8. Macht psychisch im ganzen wieder einen freieren Eindruck. Augen nicht mehr dauernd geschlossen. Blick wieder belebter.

25. 8. Die Zwangshaltung des Kopfes wird immer deutlicher, der Kopf wird vornüber gehalten und kaum noch bewegt: an den Händen beginnt sich eine der Pfötchenstellung ähnliche Haltung auszubilden. An den Fersen, am Kreuzbein und an den Ellenbogen Dekubitus. Psychisch unverändert teilnahmslos und stumpf.

10. 9. Heute nachmittag epileptischer Anfall ohne Bevorzugung einer bestimmten Muskelgruppe. Seitdem in kurzer Folge dauernd klonische Zuckungen.

11. 9. Der Status epilepticus dauert an. Heute überwiegen die Zuckungen im Fazialis und in den Armen. In den Beinen besteht tonische Starre. Temperaturanstieg.

12. 11. Unverändert kleine klonische Zuckungen der Gesichts- und Armmuskulatur. Allgemeinbefinden schlecht.

13. 11. Keine Krämpfe mehr. Spricht spontan garnicht, gibt auf Fragen keine Antwort.

20. 11. Hat sich körperlich wieder erholt. Liegt stark zusammengekrümmt fast unbeweglich im Bett. Erscheint völlig stumpf und teilnahmslos.

1. 10. Zustand unverändert.

9. 10. Seit heute wieder klonische Zuckungen einzelner Muskelgruppen, besonders im Fazialis links und in der Handmuskulatur. Körperliches Befinden sehr verschlechtert.

10. 10. Heute abend 8 Uhr: Exitus letalis.

(Mikroskopischer Hirnbefund: einwandfreie, grobe Paralyse.)

Zustandsbilder: enzephalasthenisch — depressiv mit gesteigerten Eigenbeziehungen — dösig, schläfrig — manisch, pathetisch — Berufungsideen — ideenflüchtig — dabei leichte motorische Hemmung — Erlöserideen — depressiv, manisch, Beschäftigungsdrang — erotisch — verschrobene Ausdrucksweise — aggressiv, gereizt. — Personenverkennungen — Größenideen — leichte Konfabulationen — elektrisch-magnetischer Gedankenaustausch mit fernem Personen — Gedankenlautwerden — Wortneubildungen — physikalischer Erklärungswahn — erregt — plastische Visionen — Nahrungsverweigerung — Vergiftungsideen — Angst — Halluzinationen, Verfolgungsideen — sehr erregt — akinetisch — Sensationen — Imperatives — bewußtseinsklar — Gefühl, Gedanken würden ihm aufgezwungen — gestörte Merkfähigkeit — andere wüßten seine Gedanken — kein Intelligenzdefekt — lautes Brüllen — ekstatisches Halluzinieren — schizophrene Ausdrucksweise — paranoisch — Wortneubildungen — Manieren phonetischer Art — kein Intelligenzdefekt, Merkfähigkeit gut, keine Bewußtseins- trübung — inkohärente Selbstgespräche — motorische Stereotypen — zerfahren, nicht einfühlbar — negativistisch, mutistisch — akinetisch — hoheitsvoll, jovialscherzend — mutazistisch, negativistisch, akinetisch — teilnahmslos gegenüber seiner Frau — affektiv nicht mehr ansprechbar — dösend, euphorisch — schmiert mit Kot — Reiz- erscheinungen im Fazialis — stumpf — epileptischer Anfall — klonische Zuckungen — Status epilepticus — tonische Starre der Beine — klonische Zuckungen — völlig stumpf, teilnahmslos.

Zusammenfassung: Dieser Fall ist in verschiedener Hinsicht hochinteressant. Bei der Unsicherheit der Liquorreaktionen, dem normalen neurologischen Befund, dem Fehlen eines nachweisbaren Defektes im Sinne einer paralytischen Demenz oder sicher exogener Zustandsbilder durch Jahre hindurch und in Anbetracht der reinen manisch-depressiven bzw. schizophrenen Zustandsbilder machte er lange Zeit große diagnostische Schwierigkeiten. Erst in den letzten Monaten kam die Klärung. Mikroskopisch wurde die Paralyse einwandfrei festgestellt. Er hat sämtliche psychiatrischen Zustandsbilder und diese noch dazu in reiner Form durchlaufen, ist also ein klassisches Beispiel für die ätiologische

Unspezifität der psychopathologischen Reaktionstypen. Die Intensität des Prozesses, d. h. der subakute chronische Verlauf muß zur Erklärung der so reinen Syndrome herangezogen werden. Anscheinend bestand von Vaterseite her eine zylothyme Veranlagung. Nichts Schizophrenes in der Familie. Während man also die manisch-depressiven Bilder der Psychose als Provoizierung der entsprechenden Anlage durch den subakuten organischen Hirnprozeß interpretieren kann, ist das bei den schizophrenen Erscheinungen nicht möglich. Diese müssen allein durch den Hirnprozeß erklärt werden. Von den psychomotorischen Erscheinungen ist das längst bekannt (Schröder, Häfner), daß aber bei intakter Intelligenz und klarem Bewußtsein imperative Stimmen, Gedanken aufzwingen, Wortneubildungen, physikalischer Erklärungswahn u. dgl. auftraten, verleiht diesem Fall seine große Bedeutung für die Verstehbarkeit der Schizophrenien als organischer Hirnerkrankungen. Andere ähnliche Fälle von Paralyse bzw. Lues cerebri unterlasse ich daher hier im einzelnen anzuführen, da sie an Reinheit nicht konkurrieren können. Nur kurz seien aber aus einem Briefe eines ähnlichen Falles folgende schizophrenen Gedankengänge angeführt:

Alfred L. Aufgenommen 1926—1929. Progressive Paralyse mit schizophrenen Zustandsbildern.

Greifswald, den 6. 9. 26.

Meine liebe Emma.

Das Paket mit Inhalt und Brief erhalten, vielen Dank dafür. Hatte daraus ersehen, daß Du in einigen Tagen kommen wolltest. Daraufhin bin ich von dem Professor betr. speziell meines Gefühls untersucht worden und als gut befunden. Liebe Emma kannst mich Donnerstag oder Freitag abholen möchte doch gerne zu Hause sein. Der Umgang u. Unterhaltung der hiesigen Patienten paßt mir nicht. In der schönen Buchheide ist es viel angenehmer. Liebes Emmachen habe sehr gute Nerven. Als Gedanke neue Kopfnerven, 46 Stck. für Augen auch. Wegen Überarbeitung kam ich doch hier nach Greifswald u. das ging nicht anders mehr mit den alten Nerven. Daß war alles schon vorgesehen, den Arzt wird auch meine Sprache aufgefallen sein. Vor 3 Tg. ist mein rechtes Ohr erst wieder hörbar geworden, bis dahin benutzt worden zur Verständigung einen Kopfnerv (sind solche die hinten Kind bekommen) (zur Sprache dienen). In diesem Ohr hatten sich doch Wasserkugel seit 15 Lebensjahr vorgelegt, durch Zufall. Diese sind einige Tage ausgezogen und befinden sich im Garten zu einer großen Kugel zusammen vereinigt und nehme diese wieder zur Plöne mit. Die alten Kopfnerven (24) sind im Closet geworfen. Wollte nur gute Nerven behalten.

Nun sei Du recht herzlich begrüßt

Dein Alfred.

Aus den Zustandsbildern hebe ich hier nur hervor, daß er im Stupor mutazistisch war, durch Kitzeln aber in Affekt gebracht werden konnte und dann fast kohärent schimpfte. Genauer werde ich den Fall in meinem Vortrag auf dem Stuttgarter Kongreß: Schizophrenie Symptome bei organischen Hirnprozessen usw. schildern.

Kurz zusammengefaßt: Es kam mir in diesem Abschnitt meiner Darstellung darauf an, für den Begriff der „organischen Persönlichkeitsänderung“ einzutreten, da der Begriff „Demenz“ für sehr viele Schizophrenien viel zu grob ist und nur für die alten ausgebrannten Fälle angewandt werden kann. Ganz in demselben Sinne tritt Stertz ein, wenn er von „Senkung des Persönlichkeitsniveaus“ spricht. Die diagnostische Bedeutung dieser Persönlichkeitsänderung ist dieselbe große wie die der verschiedenen Demenzen, sie ist viel größer, als die einzelner Symptome. Wie stark die organische Bedingtheit derselben ist, geht auch wieder aus den Lachgasversuchen Zádors hervor: gelang es doch nicht, sie im Lachgasgeruch wesentlich zu ändern; es kann sich also nicht um intrapsychische Erscheinungen handeln.

Die Demenzen.

Da es bisher nicht möglich ist, präzise zu definieren, was Intelligenz ist, kann man auch ihr Negativ, die Demenz, nicht befriedigend charakterisieren. Es bleibt noch eine ungelöste Aufgabe, die Demenzen in ihre neurologischen und psychopathologischen Elementarsymptome aufzuspalten. Was man heute mit Sicherheit nur behaupten kann, ist, daß wir Funktionen kennen, die sicher nichts mit dem Intelligenzbegriff an sich zu tun haben, z. B. den Mangel an Initiative, die Merkfähigkeit, das Gedächtnis, die Bewußtseinsklarheit, die Affektlage, die gnostischen Funktionen. Von allen diesen Funktionen kann man nur sagen, daß sie Vorbedingungen der Intelligenzleistung sind. Bumke versteht unter Demenz einen dauernden Ausfall auf irgendeinem Gebiet psychischer Leistungen und Fähigkeiten, mithin im neurologischen Sinne einen Defekt. Hinzufügen müßte man noch, daß dieser Zustand erworben sein muß, obwohl auch hierbei Schwierigkeiten auftreten, denn den Intelligenzdefekt, den etwa ein Kind durch einen Hirnprozeß im 1. Lebensjahre erwirbt, nennen wir ja Schwachsinn. Versucht man trotz allem eine Definition der Intelligenz im positiven Sinne, so wird man ihr wesentliches Merkmal in der Urteilsfähigkeit sehen müssen, d. h. in der Fähigkeit, Beziehungen zwischen Vorstellungsinhalten herzustellen. Es kommt dabei nur

auf die potentielle Fähigkeit an. „Demenz“ würde man dann definieren müssen als einen im späteren Leben erworbenen Mangel an Urteilsfähigkeit in potentiellern Sinne bei Erhaltensein der oben gekennzeichneten Vorbedingungen der Intelligenzleistung. Die von B u m k e angeführte Bedingung „dauernd“ erscheint mir theoretisch nicht nötig, denn auch die Intelligenz des Normalen ist ja nur potentiell etwas Dauerndes. Im Zustande der Erschöpfung etwa ist sie in kinetischer Hinsicht behindert. Praktisch allerdings pflegen wir nur dauernde Defektzustände der gekennzeichneten Art Demenz zu nennen. Dabei muß noch berücksichtigt werden, daß im Seelischen alles mit allem zusammenhängt, daß die Intelligenz mithin nur für didaktische Zwecke aus ihrem Zusammenhang gerissen und definiert werden kann.

Am wenigsten umstritten ist nun der Demenzbegriff bei der epileptischen und paralytischen Verblödung. Die Demenz kann bei akutem Verlauf von vornherein als solche in Erscheinung treten, es können aber auch zunächst alle möglichen anderen Zustandsbilder vorausgehen, oder es kann sich zunächst nur um eine im vorigen Abschnitt charakterisierte Persönlichkeitsänderung organischer Natur handeln. Zwischen dieser und der Demenz gibt es natürlich fließende Übergänge, und ebenso sicher ist, daß es seltene Demenzen gibt, die in das Schema der epileptischen oder paralytischen Demenz nicht passen. Es kann eben aus den verschiedensten Ursachen zu einer Demenz kommen, und es ist im einzelnen Falle praktisch unmöglich, zu sagen, ob nun auch eine Demenz im strengen Sinne der oben gegebenen theoretischen Definition vorliegt. Das gilt beispielsweise für den von S t e r t z publizierten interessanten Fall von eigenartigem Persönlichkeitsdefekt, bei dem die mnestisch-assoziative Funktion relativ sehr gut erhalten war. Je nach der Ausdehnung und Lokalisation des Prozesses wird es eben zu verschiedenartigen Demenzen kommen.

Besonders umstritten ist der Demenzbegriff bei den Schizophrenien. Auch hier wird man häufig der Vielgestaltigkeit der Bilder nicht gerecht. Es gibt Fälle, bei denen es sich nur um eine „organische Persönlichkeitsänderung“ handelt, z. B. sich äußernd nur in einer affektiven Abstumpfung ohne Inkohärenz und ohne „Spaltungserscheinungen“. Bei anderen handelt es sich vorwiegend um intrapsychische Störungen, die eine gröbere Demenz nur vortäuschen. Noch andere können im Sinne der strengen Demenzdefinition als dement bezeichnet werden; das sind die Fälle, von denen Z á d o r nachwies, daß selbst der Lachgasrausch auf sie nicht prinzipiell

ändernd wirkt. Beweis dafür, daß es sich hier um einen organischen Defekt handeln muß. Wäre er überwiegend psychologisch bedingt, so müßten die intrapsychischen Hemmungen durch den Rausch gesprengt werden.

Es gibt also auch bei den Schizophrenien Demenzen im strengen Sinne unserer Definition, und Z á d o r hat ganz richtig darauf hingewiesen, daß der Lachgasrausch die Möglichkeit gibt, äußerlich ähnliche Zustandsbilder zu differenzieren.

Ganz allgemein ist noch von den Demenzen zu sagen, daß sie ätiologisch-diagnostisch sehr gut verwertbar sind, weil es sich bei ihnen um eine Summe von Symptomen handelt. Eine absolute Sicherheit für die ätiologische Diagnose geben sie allein aber auch nicht. Man muß nämlich berücksichtigen, daß es, wie der Fall von S t e r t z lehrt — um nur einen zu nennen — aus den verschiedensten Ursachen zu einer Demenz kommen kann. Immerhin stehen die Dinge zur Zeit so, daß man die epileptische, paralytische und schizophrene Demenz gut voneinander differenzieren kann. Die Zukunft wird aber gerade bei den schizophrenen Defekten lehren, daß zu ihnen heute noch unberechtigterweise eine Reihe andersartig ätiologisch bedingter Prozesse gerechnet werden.

Früherworbene oder angeborene Senkung des Intelligenzniveaus.

Die Schwachsinsformen geben mir keinen Anlaß zu besonderen Bemerkungen, sie werden hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

IV. Störungen einzelner Funktionen.

Es bleibt noch übrig, einzelne Funktionen zu analysieren, die die bisherigen Reaktionstypen am häufigsten zu komplizieren pflegen. Gerade hier sieht man die besonderen Schwierigkeiten, die das Herausarbeiten von Elementarsymptomen in der Psychiatrie macht. Bestätigt sich doch selbst hier die allgemeine Regel, daß derselbe klinische Effekt auf die verschiedenste Weise entstehen kann.

1. Ratlosigkeit.

In vorbildlicher Weise hat **Wernicke** eine Analyse des „Affektes der Ratlosigkeit“ geliefert. Er geht von der Desorientierung aus, in der er ja das eigentliche Wesen jeder Psychose sah. Wenn z. B. eine Psychose und damit die Desorientierung akut hereinbreche, so entstehe die Ratlosigkeit. Entsprechend seinem Orientierungsschema unterscheidet er eine somato-allo-autopsychische und motorische Ratlosigkeit und definiert sie als „Art von Reaktiverscheinung auf die durch die leichtesten Störungen der Identifikation gesetzten Beirrungen in der Orientierung (Affekt der Ratlosigkeit, Ref.), er ist also von Desorientiertheit nicht streng abzutrennen.“

Von Möglichkeiten, die zur Ratlosigkeit führen, erwähnt er: Sinnestäuschungen bei Bewußtseinstrübung, das Gefühl der Veränderung der Wahrnehmungswelt, retrospektive wahnhafte Erinnerungsfälschungen bei davon abgesehen guter Orientierung über die eigene Persönlichkeit, aus Sensationen entstandene Angst, psychomotorische Symptome. Die Ratlosigkeit ist also das Resultat einer Orientierungsstörung.

Ergänzend sei für die Psychoneurosen noch hinzugefügt, daß ein Angstaffekt, dessen richtiger Vorstellungsinhalt minderbewußt ist, der also zum augenblicklich im Vordergrund des Bewußtseins stehenden Vorstellungsinhalt nicht zu passen scheint, ebenfalls zur Ratlosigkeit führt. Desgleichen, wenn für einen Zweifler ein Zwang besteht, sich **rasch** zwischen zwei Möglichkeiten zu entscheiden.

Ein Beispiel schwerer Ratlosigkeit gibt folgende exogene Psychose:

Bernhard Mir., 32 Jahre alt, in der Klinik vom 8.—12. 5. 1928. Aus der Vorgeschichte: Pat. lernte in der Schule schlecht. Still und zurückgezogen, beschränkt, kein Interesse für Mädchen, kein Raucher, kein Trinker, stets fleißiger Arbeiter.

Jetzige Erkrankung: Seit 1. März 1928 krank, angeblich „Kopfgrippe“ ohne Fieber (nach Dr. B.). Seitdem Arbeit auf dem Gute eingestellt und Bettruhe. Klagen über Schmerzen im Hinterkopf und Nacken. Kein Erbrechen, nichts Epileptisches. 3 Wochen lange Bettruhe. Geringe Besserung der Kopfschmerzen. Wieder aufgestanden, aber nur im Haushalt der Mutter ein wenig geholfen. Plötzlich am 4. 5. gegen Abend wieder Verschlimmerung der Kopfschmerzen, legte sich früh zu Bett. Am nächsten Morgen hatte er sein Bettzeug zerrissen und „redete irre“. Strebte aus dem Bett. Mußte gefüttert werden. Am 5. 5. durch den Arzt Temperatur gemessen, kein Fieber. In schwer benommenem Zustande wurde er vom Vater und dessen Vetter hierher getragen.

8. 5. Wird auf der Bahre gebracht. Offener Mund, gerunzelte Stirn, stierier Blick. Borkige trockene Lippen. Perseveriert, als man ihn auffordert, die Hand zu erheben. Keine sprachlichen Äußerungen zu erhalten. Manchmal verwaschenes unverständliches Gemurmel. Kein Fieber. Pupillen eng, reagieren nicht.

9. 5. Offener Mund, ratloser, stierier Blick, delirant, arbeitet dauernd mit der Bettdecke. Manchmal unverständliche Rufe. Sucht ratlos delirant herum. Aufforderung: Zunge zeigen — faßt ratlos mit der Hand nach den Lippen. Armheben: wird befolgt. Schreckhaft. Wehrt sich beim Augenspiegeln. Pupillen heute weit, reagieren prompt, aber nur eine Spur. Rechte Papille normal, linke nicht mehr zu spiegeln, da er sich verzweifelt wehrt und nach dem Spiegel greift. Springt impulsiv auf, schlägt nach den Pflegern. Macht benommenen, ratlosen, desorientierten Eindruck. Dauernd Lippenbewegungen, die delirant wirken. Stets gerunzelte Stirn. (Gehen Sie ins Bett!) Sieht ratlos im Zimmer herum, befolgt die Aufforderung aber nicht, die er anscheinend gar nicht verstanden hat. Heute früh 37,3° Temp.

Ein Brief wird ihm gegeben, erschrickt stark, richtet seine Aufmerksamkeit gar nicht darauf hin, wirft ihn schließlich auf den Tisch, nestelt dann wieder an seiner Decke herum.

Sieht sich dauernd völlig verständnislos im Zimmer um. Wehrt sich triebhaft gegen jede Hilfe, gegen das Abwischen des Mundes usw.

(Gehen Sie ins Bett!) Läßt die Decke fallen, stiert im Zimmer umher, offener Mund, schmierig belegte Lippen, ruft: „Ja!“, sehr schreckhaft. Hingereichte Schale zum Spucken: weicht tief erschrocken zurück. Zittrige Arm-bewegungen. Nimmt Brief vom Tisch, auf Aufforderung legt er ihn wie ängstlich wieder hin, dreht sich um, zeigt nach der Seite, stößt unverständliche Laute aus.

Wehrt sich elementar triebhaft zuschlagend gegen das Ins-Bett-bringen, gegen Untersuchungen, gegen jedes Anfassen. Grundzug des Bildes: motorisch delirante Bewegungen, völlig ratlos, ängstlich schreckhaft. Faßt weder optische noch akustische Eindrücke auf und versteht sie auch nicht.

Körperlich: bds. grober Klumpfuß. Schlechter Ernährungszustand. Dürrtige Muskulatur. Schmierig-blutige Lippen. Offener Mund. Ausgesprochen

delirant. Schweres organisches Bild. Grobe Bronchitis (nirgends ausgesprochene Dämpfung).

Urin: da er unter sich läßt, nicht zu untersuchen.

Fieber bis 39°.

Beginnender Decubitus.

Pupillen weit, reagieren bds. wenig ausgiebig.

R. Pupille normal (l. wegen des widerstrebenden Verhaltens nicht zu prüfen).

Bds. Babinski (?), gesteigerte Sehnenreflexe ohne Klonus. Nicht ansprechbar.

Lumbal- und Venenpunktion: negativ.

Sektionsbefund: Konfluierende Bronchopneumonie beider Unterlappen. Abszeßhöhle am l. Unterlappen. Bronchitis. Tracheitis. Gehirn makroskopisch o. B.

Ideenflucht, Inkohärenz, Verwirrtheit.

Seit Liepmanns Analyse der Ideenflucht ist die „Nivellierung“ (besser: Fortfall der synthetisierenden Tendenzen) der Vorstellungen als wesentlichstes Moment des ideenflüchtigen Denkens bekannt. Sie kommt auch gelegentlich mehr oder minder ausgesprochen bei den exogenen Reaktionstypen vor, wenn die Bewußtseinsänderung nicht sehr stark ist, desgleichen sehr deutlich im Meskalinrausch (Zucker, Zádor).

Wird die Bewußtseinsstörung stärker, so „reißen“ die einzelnen Vorstellungen „ab“ (Zucker), es tritt eine Inkohärenz auf. Auch bei zum manisch-depressiven Erbkreis gehörigen manischen Zustandsbildern sieht man die Steigerung der Ideenflucht zur Inkohärenz. Ein anderer Entstehungsmodus schizophrener Art ist auf die primitivere („archaische“) Denkweise zurückzuführen, die hinwiederum auf einem Abbau der höchsten geistigen Funktionen beruht.

Nebenbei sei zu den schizophasischen Erscheinungen bemerkt, daß man sie — falls hochgradig ausgesprochen, d. h. stationär und unbeeinflußbar — als psychosensorische Aphasie interpretieren kann, auch wenn sie durch Affekte unterbrochen werden können. Ist es aber bei ihnen möglich, auf einfache Fragen aus dem Aufgabenkreis des Alltags geordnete Antworten zu erhalten, so liegt es näher, sie als Ausdruck einer inkohärenten Denkstörung aufzufassen. Im übrigen sieht man ja auch bei komplizierten aphasisch-alektischen Erscheinungen Übergänge zu ihnen, z. B. wenn der Patient zwar die Sphäre des Begriffs trifft, aber nicht den Begriff selbst. Einen Reflexbogen höher wären dann die schizophasischen Störungen zu suchen.

Das Zustandsbild der *Verwirrtheit* ist sehr vieldeutig und seine Anwendung daher mißlich. Meist wird es präziser beschrieben werden können, als es manchmal geschieht. Im Prinzip geht es auf eine Orientierungsstörung zurück, bei der in ausgesprochenen Fällen infolge der großen Zahl verschiedenartigster Erlebnisse oder sich durchkreuzender Impulse das Ichbewußtsein aufgehoben ist. Es überschneidet sich dieser Begriff mit dem der Inkohärenz leichteren Grades und der Ratlosigkeit. Da dieser Zustand auch bei Bewußtseinstörung beobachtet wird, ist er kaum zu analysieren, da die Patienten keine Auskunft darüber geben können. Seine Anwendung wird daher am besten auf ein Minimum eingeschränkt. Ich bin bisher ohne ihn ausgekommen.

Mangel an Initiative.

Der herrschenden Anschauung gemäß haben wir eine Folge von Stirnhirnschädigungen in diesem Symptom zu sehen (*Mangel an Antrieb*, E. Forster). Es sei hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt, da es ja im übrigen gut bekannt ist. Gegenwärtig ist es besonders bei Schädelverletzten häufig, wird hier aber oft noch nicht genügend erkannt und bewertet. Eine Akinese ist manchmal die motorische Begleiterscheinung dieses Symptoms.

Amnestisches Syndrom (Korsakow).

Da Bonhoeffer dieses Zustandsbild ebenso wie das delirante ausführlich beschrieben hat, soll es hier nicht näher geschildert werden. Ich führe es nur der Vollständigkeit halber auf.

V. Theoretische Leitsätze.

Entsprechend dem komplizierten Bau des menschlichen Gehirns gibt es eine sehr große Möglichkeit der Mischung der verschiedenen Elementarsymptome bzw. Syndrome und zwar zunächst innerhalb der organischen Reaktionstypen selbst. Dazu kommen die absichtlich hier vernachlässigten rein neurologischen Symptome (z. B. optisch-räumliche Desorientierung, vestibuläre Störungen usw.), und schließlich die den einfachen Grundcharakter komplizierende Ausgestaltung durch intrapsychische (Wernicke) Einschlüsse, d. h. dadurch, daß unter Umständen der intakt gebliebene Teil der Psyche noch wirksam ist. Daß also beispielsweise ein prä-psychotisches Erlebnis inhaltlich in einem deliranten Zustande verarbeitet wird, daß eine normalerweise unterdrückte Eifersuchtsneigung durch den organisch bedingten Fortfall von Hemmungen jetzt manifest wird, oder daß organisch bedingte Sensationen nun wahnhaft erklärt werden usw. Kein Wunder demnach, daß es so schwer ist, die Elementarsymptome zu erkennen, was ja besonders im Schizophreniegebiet so große Schwierigkeiten macht. Absichtlich wurden auch die seelischen, psychologisch zu verstehenden Reaktionen psychopathischer Persönlichkeiten hier nicht berücksichtigt. Es wurde vielmehr im Sinne der Bumkeschen Einteilung der Psychosen verfahren und in diesem Sinne ein Schnitt durch die Psychiatrie gelegt, der natürlich einen schematischen Eingriff in das fließende und überall Übergänge zeigende biologische Geschehen bedeutet, in dem sich überdies, um mit Bleuler zu reden, Physiogenes und Psychogenes stets wechselseitig beeinflußt.

Eine weitere wichtige Regel ist die Registerschaltung, d. h. bei Zunahme der Intensität tritt nicht eine Steigerung des ins Auge gefaßten Symptoms auf, sondern ein anderes, neues tritt in Aktion und überdeckt schließlich das anfängliche völlig.

Als drittes Prinzip tritt die Wechselwirkung zwischen dem erblich dynamisch determinierten Reizobjekt und der Intensität des Reizes in Erscheinung.

Sämtliche gezeichneten Symptome und Syndrome sind artspezifisch präformiert, d. h. in dieser Weise reagiert nur das menschliche Gehirn. Überdies sind die affektiven Syndrome und die paranoide Reaktion individualspezifisch erblich determiniert, d. h. ihre Reizschwelle ist beim einzelnen Individuum häufig noch besonders nuanciert. Ob dies auch für die psychomotorischen

Symptome gilt, ist noch zweifelhaft. Ablehnen möchte ich das für die Symptome der organischen Bewußtseinsänderung, zum mindesten ist es noch nicht sichergestellt, ob nicht konstellative Momente zur Erklärung ihres erleichterten oder erschwerten Auftretens genügen.

Phylogenetisch gesehen, spricht das Auftreten von Symptomen aus der Bewußtseinsänderungsreihe auch bei niederen Säugern (wie auch bei Kindern) dafür, daß es sich hierbei um die primitivste Reaktionsform handelt. Das enzephalasthenische Syndrom und organisch bedingte „Persönlichkeits“änderungen kommen ebenfalls bei niederen Säugern vor (Überanstrengung, Kastrationsfolgen).

Unter diagnostischen Wert Gesichtspunkten kann man die Symptome in primäre (Demenzen, Bewußtseinsstörung, Korsakow), sekundäre (variable), psychomotorische, psychosensorische (Wernicke) und tertiäre (intrapsychische, Wernicke) einteilen.

Die „organischen Reaktionstypen“ allein gestatten noch keinen genügend sicheren Schluß auf die zugrundeliegende Ätiologie. Nach dem Prinzip der Logik, ein Einzelnes zu charakterisieren, müssen noch weitere Symptome hinzugenommen werden: neurologische, sonstige somatische, z. B. internistische, serologische, Alter, Verlauf, Ausgang, anatomischer Befund, Erblichkeit, statische Häufigkeit usw.

Wir dürfen überdies keine gehirnautonome Diagnostik treiben.

Das Lokalisationsprinzip läßt sich zurzeit nur hypothetisch anwenden. Am ehesten kann man noch die psychomotorische Hyperkinese als strio-pallidäre Enthemmungserscheinung auffassen. Bei der organischen Bewußtseinsänderung ist die Lokalisation schon fraglich, da zwar Schlaf und Bewußtlosigkeit vom Hirnstamm aus gesteuert werden, die organische Bewußtseinsänderung aber nicht direkt mit dem Schlaf oder dieser nicht mit der Bewußtlosigkeit verglichen werden kann.

Bei einer Hirnschädigung leiden die komplizierten Funktionen zuerst, dadurch werden dann andere, tiefer stehende enthemmt.

Die „organischen Reaktionstypen“ sind ein wichtiger, aber nicht erschöpfender Bestandteil unserer Krankheitseinheitsdefinitionen.

Die „Krankheitseinheit“ ist eine Fiktion, mit der wir aus Zweckmäßigkeitsgründen arbeiten, um die Ätiologie zu kennzeichnen.

Die Prämissen dieses Urteils sind häufig noch nicht genügend bekannt. Manchmal können wir heute nur „organische Reaktionstypen“ diagnostizieren, ohne die spezielle Ätiologie auch nur ver-

muten zu können, z. B. bei vielen „Motilitätspsychosen“, die in der Tat ätiologisch, zum Teil „freischwebend“ (Ewald) bezgl. der Ätiologie sind.

Es gibt eine große Zahl von Ätiologien, aber nur eine beschränkte Zahl von „organischen Reaktionstypen“, diese müssen schon deshalb ätiologisch unspezifisch sein, auch muß es viel mehr Krankheitseinheiten geben, als sie das Kraepelinsche System kennt.

Die Lehre von den „exogenen Reaktionstypen“ (Bonhoeffer) gilt nur für akutere und gröbere Schädigungen.

Die „organischen Reaktionstypen“ stellen den weiteren Begriff dar und umfassen die psychischen Korrelate sämtlicher bekannter (oder mit übergroßer Wahrscheinlichkeit zu vermutender) Hirnschädigungen, also auch die Syndrome bei den klinischen Krankheitsgruppen: Epilepsie, manisch-depressives Irresein, Schizophrenie.

Die Erblichkeitsanalyse kann sich nur auf Elementarsymptome, nicht aber auf ganze Krankheitseinheiten erstrecken. So ist es möglich, etwa die erbliche Determination der affektiven oder psychomotorischen Symptome zu untersuchen, nicht aber die „manisch-depressiver“ oder „schizophrener“ Zustandsbilder im Sinne klinischer Krankheitseinheiten schlechthin. Dabei ist ja außerdem noch stets daran zu denken, daß die erbliche Determination sich primär in einem außerezerebralen Körpersystem auswirken und das Gehirn dann erst sekundär in Mitleidenschaft gezogen werden kann.

Von der Legierungshypothese der Erbkreise wird heute zu häufig Gebrauch gemacht.

Die Erblichkeit habe ich natürlich auch als biologisches Fatum des Individuums aufgefaßt, als Somatiker aber habe ich besonderen Wert in der Darstellung auf die Hervorhebung der Umweltfaktoren und ihrer phänotypischen Bedeutung gelegt, da sie für den Kliniker bei der aktuellen Beurteilung eines Krankheitsbildes besonders wichtig sind. Im übrigen war es für meinen Darstellungszweck wichtig, auf den physiologischen bzw. quantitativ-dynamischen Charakter der Erblichkeit besonders hinzuweisen, denn es werden ja nicht nur Formcharaktere vererbt.

Symptome und Syndrome sind, wenn irgend möglich, mit ätiologisch unspezifischen Epitheta zu kenn-

zeichnen, also z. B. mit psychomotorisch (Wernicke) und nicht „katatonisch“ (epileptisch und nicht epileptiform), da es andernfalls zu einer „doppelten Buchführung“ der Symptome kommt.

Dem Flusse psychopathologischen Geschehens entsprechend lassen sich nirgends scharfe Grenzen ziehen, infolgedessen habe ich den Ausdruck Reaktionstypen im üblichen psychologischen Sinne gebraucht.

Das Intensitätsprinzip der Schädigung ist bei den „organischen Reaktionstypen“ trotz aller Schwierigkeiten noch am besten erkennbar.

Zum Schlusse führe ich noch an einem Beispiele aus, wie sich die Theorie von den Syndromen in der Praxis auswirkt:

Stehen wir vor einem klinischen Fall, so ist zunächst das Zustandsbild zu charakterisieren. Ich nehme gleich ein schwierigeres Beispiel und nehme an, es handele sich um ein manisches Zustandsbild. Da es sich dabei nach meiner Einteilung um ein solches aus der sekundären Reihe handelt, ist eine ätiologische Diagnose zunächst nicht zu stellen. Finden wir aber, daß das manische Bild Züge einer paralytischen Demenz enthält, so führen uns letztere Bestandteile eines primären Symptomes auf die richtige Ätiologie. Dasselbe wäre der Fall, wenn wir schizophrene Defektzüge entdecken würden. Wäre eine Bewußtseinstörung beigemischt, so könnten wir auf dieses Primärsymptom hin wenigstens eine gruppen-ätiologische Diagnose stellen. Wären die eben angeführten Komplikationen aber auszuschließen — auch die Abwesenheit von Symptomen hat ja diagnostischen Wert —, so könnten wir nach der statischen Häufigkeitsregel die Phase eines manisch-depressiven Irreseins diagnostizieren, aber nicht mit absoluter Sicherheit, solange wir reine Psychopathologen bleiben. Wollen wir sicher gehen, so müssen wir Belastung, Verlauf, den Ausfall serologischer Reaktionen usw. hinzunehmen.

Auch sei noch darauf hingewiesen, daß die manische Grundstörung durch psychologischen Ausbau (tertiäre Symptome) variiert werden kann, z. B. wenn es zu Personenverkennungen kommt.

Schlußwort.

In Anbetracht des derzeitigen Standes, besonders unserer ätiologischen Kenntnisse war es noch nicht möglich, eine unangreifbare endgültige Syndromlehre zu geben. Sie muß bis auf weiteres immer noch heuristischen Charakter behalten. Immerhin scheinen mir unsere klinischen Erfahrungen es schon zu rechtfertigen, die Bonhoeffer'sche Lehre von den exogenen Reaktionstypen und die Hochesche Konzeption der Achsen- und Randsyndrome weiter auszubauen. In Zukunft wird besonders auf die psychischen Korrelate leichtester Hirnschädigungen zu achten sein. Dabei werden sich die biologische und die psychologische Betrachtungsweise ebenso ergänzen müssen wie Analyse und Synthese. Auf letztere kam es mir hier besonders an, deshalb bin ich auf analytische Details möglichst wenig eingegangen, obwohl ich mir bewußt bin, daß ein klinischer symptomatologischer Effekt auf die verschiedenste Weise entstehen kann. In Übereinstimmung mit Rosenfeld weise ich auch besonders auf die Wichtigkeit des jeweiligen Gesamtbewußtseinszustandes hin. Besonders in der Schizophreniefrage ist das zu beachten. Beispielsweise sind in diesem Zusammenhang die psychomotorischen Symptome in den Lachgasversuchen Zádors auch noch nicht als ideale Modelle anzusehen, da ja der Bewußtseinszustand ein anderer als bei den meisten Schizophrenien war. Immerhin geben sie indirekte Aufschlüsse.

Zum Schlusse noch eines: Trotzdem ich mich bemühte, möglichst auf dem Boden der klinischen Empirie zu bleiben, war es einerseits nicht immer möglich, Hypothesen ganz zu vermeiden, andererseits wollten sich manche klinischen Beobachtungen nur schwer der theoretischen Grundauffassung unterordnen, von der ich ausgegangen bin, nämlich der, daß in der Neurologie das Lokalisationsprinzip eine herrschende Stellung einnimmt. Denn Lokalisation und Ausdehnung eines Prozesses liefern hier die Symptome, und die verschiedene Resistenz einzelner Zentren bzw. einzelner Leitungssysteme und ihrer Kombinationen („Affinitätsregel“) ist von ausschlaggebender Bedeutung.

Die Schwierigkeiten der Anwendung dieser neurologischen Grundanschauungen auf psychopathologische Reaktionen sind bekannt. So erscheint es mir unmöglich, Affekte bzw. Triebe zirkumskript lokalisieren zu wollen, sind sie doch nichts anderes als unmittelbarer Ausdruck der Vitalität selbst. Dasselbe gilt für die Änderungen des Bewußtseinszustandes, da er jeweils auf einem bestimmten Niveau die gesamte Psyche repräsentiert. Das Intensitätsprinzip ist hier

dagegen leidlich gut erkennbar. Daß es aber leicht zu charakteristischen symptomatologischen Einschlügen kommt, die den einzelnen Bewußtseinszustand variieren, liegt wahrscheinlich an der verschiedenen Resistenz einzelner Zentren gegenüber bestimmten Schädigungen. Dabei verstehe ich unter Zentren auch vasomotorische Einheiten, d. h. Spielmeysers und O. Vogts Anschauungen ergänzen sich. Auf eine kurze Formel gebracht: „Beiden „organischen Reaktionstypen“ erscheint die Anwendung des Lokalisationsprinzipes im Sinne obiger Einschränkung kombiniert mit dem Intensitätsprinzip als die z. Zt. beste Lösung.

Literaturverzeichnis.

- Beringer, K., Der Mescalinausch. Springer 1927. — Birnbaum, Der Aufbau der Psychose. Allg. Ztschr. f. Psych. 1919. — Blumenthal, Psychosen bei Hydrozephalus, Meningitis serosa, Hirnswellung und Pseudotumor. Ztschr. f. ges. N. u. Ps. Bd. 64, 1921. — Bonhoeffer, K., Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901. — Bostroem, Über die sogenannten Tabespsychosen. Kl. Woch. 1928, Nr. 40, S. 1915—1918. — Ders., Über frühzeitige Verblödungsprozesse bei Hirngefäßerkrankungen zusammengesetzter Pathogenese (Lues und andere Faktoren). Arch. f. Ps. Bd. 86, Heft 1, 1928. — Ders., Über die Auslösung endogener Psychosen durch beginnende paralytische Hirnprozesse und die Bedeutung dieses Vorgangs für die Prognose der Paralyse. Arch. f. Ps. Bd. 86, Heft 2, 1929. — Bürger und Mayer-Groß, Schizophrene Psychosen bei Encephalitis lethargica. Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd. 106, Heft 3, 1926. (Lit.!) — v. Domarus, Halluzinatorisch-paranoide Bilder bei Metenzephalitis. Arch. f. Ps. Bd. 78, H. 1/2, 1926. — Engelmann, Über die kausale Bedeutung exogener Momente in der Ätiologie schizophrener Erkrankungen. Arch. f. Ps. Bd. 84, H. 4, 1928. — Ewald, Psychosen bei akuten Infektionen, bei Allgemeinleiden und bei Erkrankungen innerer Organe. Handb. der Geisteskrankh. 7. Bd. Spez. T. III. — Ders., Krankheitseinheit und Reaktionsform. Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd. 99, H. 5, 1925. — Ders., Über das optische Halluzinieren im Delir und in verwandten Zuständen. Mtsschr. f. Ps. u. N. Bd. 71, 1929. — Ders., Über die Motilitätspsychose. Arch. f. Ps. Bd. 76, H. 2, 1925. — Fischer, M., Exogene Faktoren bei schizophrenen Psychosen. Arch. f. Ps. Bd. 83. Fischer, Siegfried, Die Beziehungen der eidetischen Anlage zu körperlichen Merkmalen. Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd. 109, H. 4/5, 1927. — Ders., Gasstoffwechselveränderungen bei Schizophrenen. Kl. Woch. 1927, Nr. 42, S. 1987—1990. — Fleck, Über die psychischen Folgezustände nach Encephalitis epidemica bei Jugendlichen. Arch. f. Ps. Bd. 79, Schluß-H. 5, 1927. — Ders., Zur Frage des klinischen Begriffs der Demenz. Kl. Woch. 1926, Nr. 31. — Ders., Über Beobachtungen bei alten Fällen von Schizophrenie. Arch. f. Ps. Bd. 85, H. 5, 1928. — Ders., Die psychischen Veränderungen der erwachsenen Metenzephalitiker mit Betrachtungen über die psychischen Folgezustände der Enc. epid. überhaupt. Arch. f. Ps. Bd. 80, H. 3, 1927. — Forster, E., Klinische Spätfolgen der Hirnschüsse. Handb. d. ärztl. Erfahrungen im Weltkriege 1914—1918. Leipzig 1922.

— Ders., Psychiatr. Fragestellung. Journ. f. Ps. u. N. Bd. 37. — Ders., Über normale und pathologische Reaktionsformen. Mtsschr. f. Ps. u. N. Bd. 68. — Herz, Über heredodegenerative und symptomatische Schizophrenien. Mtsschr. f. Ps. u. N. Bd. 68, 1928. — Kahn, Über die Bedeutung der Erbkonstitution für die Entstehung, den Aufbau und die Systematik der Erscheinungsformen des Irreseins. Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd. 74, H. 1/3, 1922. — Ders., Über die Kombination von manisch-depressivem Irresein und Schizophrenie. 1926. — Kehler, Die Stellung von Hoches Syndromenlehre. Arch. f. Ps. Bd. 74, H. 2/4, 1925. — Kleist, Über zyklische Degenerationspsychosen, besonders Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen. 51. Verslg. der südwestdtsh. Neur. — Ders., Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. Ztschr. f. Ps. u. gerichtl. Medizin. Bd. 82, 1924. — Krapf, E., Epilepsie und Schizophrenie. Arch. f. Ps. Bd. 83. — Krisch, Die zerebralen Reaktionsweisen (Lokalisation, Ursachen, Einteilung, Krankheitseinheit). Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd. 102, H. 3/4, 1926. — Ders., Der heutige Stand der Lehre von den exogenen Reaktionstypen und deren klinische Auswertungsmöglichkeiten. Mtsschr. f. Ps. u. N. Bd. 57, 1924/25. — Ders., Die symptomatischen Psychosen und ihre Differentialdiagnose. Berlin 1919 (vergriffen!). — Ders., Die exogenen Reaktionstypen und das Dementia-praecox-Problem. Vortrag auf d. Psychiatertagung in Kassel 1925. — Ders., Epilepsie und manisch-depressives Irresein. Berlin 1922. — Ders., Die biologische Einteilung der Epilepsien. Mtsschr. Bd. LII, 1922. — Ders., Schizophrene Symptome bei organischen Hirnprozessen. Vortrag in Stuttgart 1930. — Leyser, E., Zur Differentialdiagnose metenzephalitischer und schizophrener Störungen. Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd. 99. — Pohlisch, K., Der hyperkinetische Symptomenkomplex und seine nosologische Stellung. Berlin 1925. — Pophal, R., Der Krankheitsbegriff in der Körpermedizin u. Psychiatrie. Berlin 1925. — Rabiner, Über zwei bemerkenswerte Fälle choreiformer Encephalitis epidemica mit vorausgehendem Gehirutrauma und eigenartigen psychischen Störungen. Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd. 89, H. 1/3, 1924. — Rosenfeld, M., Die Störungen des Bewußtseins. Leipzig 1929. — Runge, Psychosen bei Gehirnerkrankungen, im Handb. d. Geisteskr. 7. Bd. Spez. T. III, 1928. — Schilder und Sugar, Zur Lehre von den schizophrenen Sprachstörungen. Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd. 104, H. 4/5, 1926. — Schröder, Katatone Zustände bei progressiver Paralyse. Mtsschr. f. Ps. u. N. Bd. 40, H. 1, 1916. — Ders., Fremddenken und Fremdhandeln. Mtsschr. f. Ps. u. N. Bd. 68, 1928. — Schneider, Wesen und Erfassung des Schizophrenen. Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps. Bd. 99, H. 3/4, 1925. — Seelert, Wie weit sind uns die Grundlagen der verschiedenen exogenen psychischen Reaktionsformen bekannt? Arch. f. Ps. Bd. 88, H. 2, 1929. — Ders., Erfahrungen zur Frage der Entstehung schizophrener Krankheits-symptome. Mtsschr. f. Ps. u. N. Bd. 71, 1929. — Stertz, G., Psychische und nervöse Erkrankungen nach Allgemeinleiden, Infektion und Intoxikation, im Handb. von Lewandowski, T. I, 1924. — Ders., Enzephalitis und Katatonie. Mtsschr. f. Ps. u. N. Bd. 59, 1925. — Ders., Störungen der Intelligenz, im Handb. der Geisteskr. 1. Bd. Allg. T. I, 1928. — Ders., Über die Senkung des Persönlichkeitsniveaus als funktionelle Störung und als Defektsymptom. Mtsschr. f. Ps. u. N. Bd. 68, 1928. — Ders., Enzephalitis und Lokalisation psychischer Störungen. Arch. f. Ps. Bd. 74, H. 2/4, 1925. — Ders., Einleitung, im Handb. der Geisteskr. 7. Bd. Spez. T. III, 1928. — Thiele, Zur Kenntnis der psychischen Residuärzustände nach Encephalitis epidemica bei Kindern

und Jugendlichen. Berlin 1926. — Ders., Eine ungewöhnliche periodische Psychose mit transitorischen Herderscheinungen auf der Grundlage zerebraler Zirkulationsstörungen. *Mtsschr. f. Ps. u. N.* Bd. 68, 1928. — Weidner, Hirntumor und paranoisches Symptomenbild. *Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps.* Bd. 56, 1920. — Westphal, Schizophrene Krankheitsprozesse und amyotrophische Lateralsklerose. *Arch. f. Ps.* Bd. 74, H. 2/4, 1925. — Zádor, Der Lachgas-(N₂O)Rausch in seiner Bedeutung für Psychiatrie und Neurologie. *Arch. f. Ps.* Bd. 84, H. 1, 1928. — Ders., Mescalينwirkung bei Störungen des optischen Systems. *Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps.* 1930. — Zucker, Schreckreaktionen bei Parkinsonisten und Katatonen im Vergleich zu Normalen. *Arch. f. Ps.* Bd. 79, H. 4, 1927. — Ders., Experimentelles über Sinnestäuschungen. *Arch. f. Ps.* 1928. — Ders., Mescalينversuche an Halluzinanten. *Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps.* 1930 (im Druck). — Ders., Über eine charakteristische Unterform der vegetativen Neurose. *D. Ztschr. f. Nervenhlk.* Bd. 101. — Zucker-Zádor, Zur Analyse der Mescalينwirkung am Normalen. *Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps.* 1930.

- Heft 13: Die neurologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie und andere Aufsätze. Von Prof. Dr. A. Pick in Prag. (Vergriffen.)
- Heft 14: Ueber die Entstehung der Negrischen Körperchen. Von Prof. Dr. L. Benedek u. Dr. F. O. Porsche in Debreczen. Mit 10 Tafeln. Mk. 15.—
- Heft 15: Ueber die Bedeutung und Entstehung der Stereotypien. Von Priv.-Doz. Dr. Jakob Kläsi in Basel. (Vergriffen.)
- Heft 16: Ueber Psychoanalyse. Von Dozent Dr. R. Allers in Wien. Mk. 3.60
- Heft 17: Die Zergliederung des psychischen Krankheitsbildes bei Arteriosklerosis-cerebrl. Von Nervenarzt Dr. S. J. R. de Monchy in Rotterdam. Mk. 3.—
- Heft 18: Epilepsie u. manisch-depressives Irresein. Von Dr. Hans Krisch in Greifswald. Mk. 3.—
- Heft 19: Ueber die paranoiden Reaktionen in der Haft. Von Dr. W. Förlsterling in Landsberg a. d. W. Mk. 3.60
- Heft 20: Dementia praecox, intermedläre psychische Schicht und Kleinhirnbasalganglien-Stirnhirnsysteme. Von Prof. Dr. Max Loewy in Prag-Marienbad. Mk. 4.20
- Heft 21: Metaphysik und Schizophrenie. Eine vergleichende psychologische Studie. Von Dr. G. Bychowski in Warschau. Mk. 5.—
- Heft 22: Der Selbstmord. Von Priv.-Doz. Dr. R. Weichbrodt in Frankf. a. M. Mk. 1.50
- Heft 23: Ueber die Stellung der Psychologie im Stammbaum der Wissenschaften und die Dimension ihrer Grundbegriffe. Von Dr. Heinz Ahlenstiel in Berlin. Mk. 1.80
- Heft 24: Zur Klinik der nichtparalytischen Lues-Psychosen. Von Dozent Dr. H. Fabritius in Helsingfors. Mk. 4.—
- Heft 25: Herzkrankheiten und Psychosen. Eine klinische Studie. Von Dr. E. Leyser in Giessen. Mk. 4.—
- Heft 26: Die Kreuzung der Nervenbahnen und die bilaterale Symmetrie des tierischen Körpers. Von Prof. Dr. L. Jacobsohn-Lask in Berlin. Mk. 5.40
- Heft 27: Kritische Studien zur Methodik der Aphasielehre. Von Priv.-Doz. Dr. E. Niessl von Mayendorf in Leipzig. Mk. 6.—
- Heft 28: Wesen u. Vorgang d. Suggestion. Von Dr. Erwin Straus in Berlin. Mk. 4.80
- Heft 29: Der hyperkinetische Symptomenkomplex und seine nosologische Stellung. Von Dr. Kurt Pohlisch in Berlin. Mk. 6.—
- Heft 30: Der Krankheitsbegriff in der Körpermedizin und Psychiatrie. Von Dr. R. Pophal in Stralsund. Mk. 5.70
- Heft 31: Ueber Genese und Behandlung der exsudativen Paroxysmen. (Quinckesche Krankheit, Migräne, Asthma usw.) Von Dr. G. C. Bolten im Haag Mk. 5.70
- Heft 32: Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis. (Psychosen bei den Eltern von Dementia praecox-Kranken). Von Priv.-Doz. Dr. H. Hoffmann in Tübingen. Mk. 7.20
- Heft 33: Gefühl und Erkennen. Von Dr. J. S. Szymanski in Wien. Mk. 12.—
- Heft 34: Der heutige Stand der Behandlung der progressiven Paralyse. Von Prof. Dr. L. Benedek in Debreczen. Mk. 15.—
- Heft 35: Ueber die Agraphie und ihre lokaldiagnostischen Beziehungen. Von Dr. Georg Herrmann und Prof. Dr. Otto Pötzl in Prag. Mk. 24.—
- Heft 36: Zur Kenntnis der psychischen Residuärzustände nach Encephalitis epidemica bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere der weiteren Entwicklung dieser Fälle. Von Priv.-Doz. Dr. med. et phil. Rudolf Thiele in Berlin. Mk. 7.—
- Heft 37: Ueber d. Verwahrlosung d. Jugendlchen. Von Prof. Dr. Werner Runge in Chemnitz u. Dr. Otto Rehm im St. Jürgen-Asyl b. Bremen. Mk. 7.50
- Heft 38: Gesundheit und Krankheit in Nietzsches Leben und Werk. Von Dr. med. et phil. Kurt Hildebrandt in Berlin-Wittenau. Mk. 8.40

Fortsetzung auf der nächsten Seite.

- Heft 39: Das Wesen der affektfreien qualitativen Bedeutungsgefühle. Eine Untersuchung über den Stand des Gefühlsproblems. Von Dr. med. et phil. Karl Julius Hartmann in Münster i. W. Mk. 7.20
- Heft 40: Ueber congenitale Wortblindheit (angeborene Leseschwäche). Von Dr. med. Fritz Bachmann in München. Mk. 4.20
- Heft 41: Beiträge zur Kenntnis der mongoloiden Mißbildung (Mongollismus). Auf Grund klinischer, statistischer und anatomischer Untersuchungen. Von Dr. W. M. van der Scheer, Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort. Mit 44 Abbildungen. Mk. 12.—
- Heft 42: Nervensystem und spontane Blutungen. Mit besonderer Berücksichtigung der hysterischen Ecchymosen und der Systematik der hämorrhagischen Diathesen. Von Dr. Rudolf Schindler in München. Mit 5 Abbildungen. Mk. 4.20
- Heft 43: Beiträge zum Ticproblem. Von Dr. J. Wilder u. Dr. J. Silbermann in Wien. Mk. 8.40
- Heft 44: Keimdrüse, Sexualität und Zentralnervensystem. Von Dr. Otto Kauders in Wien. Mit 6 Abbildungen im Text. Mk. 10.80
- Heft 45: Die wissenschaftlichen Grundlagen der Psychoanalyse Freuds. Darstellung und Kritik. Von Dr. phil. et med. M. Nachmansohn in Luzern. Mk. 7.—
- Heft 46: Die paroxysmale Lähmung. Eine Studie über ihre Klinik und Pathogenese. Von Dr. Otakar Janota und Doz. Dr. Klement Weber in Prag. Mk. 11.—
- Heft 47: Die optische Allaesthesie. Studien zur Psychopathologie der Raumbildung. Von Dr. Georg Herrmann u. Dr. Otto Pötzl in Prag. Mk. 28.—
- Heft 48: Die Psychosen der Schwachsinnigen. Von Dozent Dr. Rudolf Neustadt in Düsseldorf-Grafenberg Mk. 15.60
- Heft 49: Über Umbau und Abbau der Sprache bei Geistesstörung. Von Priv.-Doz. Dr. F. G. Stockert in Halle a. d. S. Mk. 7.80
- Heft 50: Die Psychischen Reaktionsformen. Von Dr. Harry Marcuse in Berlin. Mk. 22.—
- Heft 51: Psychiatrie und Weltanschauung. Ein Beitrag zur Kultur der Gegenwart. Von Prof. Dr. W. Jacobi in Stadtroda. Mk. 7.20
- Heft 52: Innere Sekretion und psychische Prozesse. Von Dr. W. N. Speranski in Stalin. Mk. 12.—
- Heft 53: Ueber den Aufbau der Funktionen in der Hörsphäre. Von Dr. Walter Börnstein in Frankfurt a. M. Mk. 9.60
- Heft 54: Die zentrale Abstimmung der Sehspäre. Von Dr. Hans Hoff in Wien. Mk. 7.80
- Heft 55: Analyse der Suggestivphänomene und Theorie der Suggestion. Von Priv.-Doz. Dr. phil. et med. Alexander Herzberg in Berlin. Mk. 7.—
- Heft 56: Die diagnostische Bedeutung des Rossolimoschen Reflexes bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Eine klinisch-anatomische Studie. Von Dr. S. Goldflam in Warschau. Mk. 24.—
- Heft 57: Über Heilungsmechanismen in der Schizophrenie. Von Privat-Dozent Dr. Max Müller in Bern. Mk. 14.—
- Heft 58: Studien zur Psychologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse. Von Prof. Dr. Paul Schilder in Wien. Im Druck
- Heft 59: Die Schädigungen des Nervensystems durch technische Elektrizität. Mit Bemerkungen über den Tod durch Elektrizität. Von Dr. Friedrich Panse in Berlin. Mk. 14.—
- Heft 60: Die organischen einschl. der exogenen Reaktionstypen. Entwurf einer psychiatrischen Syndromenlehre auf klinisch-biologischer Grundlage. Von Prof. Dr. H. Krisch in Greifswald. Mk. 13.20

Die Abonnenten der „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie“ erhalten diese Abhandlungen zu einem ermäßigten Preise.

ABHANDLUNGEN AUS DER NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE UND IHREN GRENZGEBIETEN

BEIHEFTE ZUR MONATSSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE

HERAUSGEGEBEN VON K. BONHOEFFER

HEFT 61

I. Internationale Tagung für angewandte Psychopathologie und Psychologie

Wien - 5.—7. Juni 1930

Referate und Vorträge

Im Auftrage des Permanenzausschusses:

TH. ERISMANN Innsbruck	P. FEDERN Wien	H. HARTMANN Wien	A. HAUPTMANN Halle
H. LUXENBURGER München	H. W. MAIER Zürich	W. MORGENTHALER Bern	
M. PAPPENHEIM Wien	H. SIGERIST Leipzig	E. STRANSKY Wien	I. SUTER Zürich

Redigiert von

HEINZ HARTMANN MARTIN PAPPENHEIM
ERWIN STRANSKY

*



BERLIN 1931
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 39

Preis Mk. 17.60

für Abonnenten der „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie“ Mk. 14.80

Analyse der Suggestivphänomene und Theorie der Suggestion

Von

Privatdozent Dr. phil. et med. **Alexander Herzberg**
Berlin

III u. 128 S. Lex. 8^o.

Geh. Mk. 7.—

DIE WISSENSCHAFTLICHEN GRUNDLAGEN DER PSYCHOANALYSE FREUDS

Darstellung und Kritik

von

Dr. phil. et med. **M. NACHMANSOHN**

Nervenarzt in Luzern

IV u. 106 S. gr. 8^o.

Geh. Mk. 7.—

Wesen und Vorgang der Suggestion

Von

Priv.-Doz. **Dr. Erwin Straus**

Berlin-Charlottenburg

Lex. 8^o IV u. 86 S.

Mk. 4.80.

Deutsche med. Woch.: . . . aus den Ausführungen von **Straus**,
die sich durchweg auf einem außerordentlich hohen allgemeinwissenschaft-
lichen Niveau bewegen, vielerlei Anregung zu entnehmen ist.

Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten

- Heft 1: Typhus u. Nervensystem. Von Prof. Dr. G. Stertz in Marburg. Mk. 6.—
Heft 2: Ueber die Bedeutung v. Erblichkeit u. Vorgeschichte für das klinische
Bild der progressiven Paralyse. Von Dr. J. Pernet in Zürich. (Vergriffen.)
Heft 3: Kindersprache und Aphasie. Gedanken zur Aphasielehre auf
Grund von Beobachtungen der kindlichen Sprachentwicklung und
ihrer Anomalie. Von Priv.-Doz. Dr. Emil Fröschels in Wien. Mk. 7.80
Heft 4: Epilepsie und Dementia praecox. Von Prof. Dr. W. Vorkastner
in Greifswald. (Vergriffen.)
Heft 5: Forensisch-psychiatrische Erfahrungen im Kriege. Von Priv.-Doz.
Dr. W. Schmidt in Heidelberg. Mk. 8.—
Heft 6: Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptomen-
bilde und der Pathogenese von Psychosen. Von Priv.-Doz. Dr. Hans
Seelert in Berlin. Mk. 5.40
Heft 7: Zur Klinik und Anatomie der reinen Worttaubheit, der Heilungsaphasie
und der Tontaubheit. Von Prof. Dr. Otto Pötzl in Prag. Mit 2 Taf. Mk. 7.—
Heft 8: Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein.
Von Prof. Dr. P. Schröder in Greifswald. (Vergriffen.)
Heft 9: Die symptomatischen Psychosen und ihre Differentialdiagnose.
Von Priv.-Doz. Dr. Hans Krisch in Greifswald. (Vergriffen.)

Fortsetzung auf der 3. Umschlag-Seite

ABHANDLUNGEN AUS DER NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE UND IHREN GRENZGEBIETEN

BEIHEFTE ZUR MONATSSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE

HERAUSGEGEBEN VON K. BONHOEFFER

HEFT 61

I. Internationale Tagung für angewandte Psychopathologie und Psychologie

Wien • 5.—7. Juni 1930

Referate und Vorträge

Im Auftrage des Permanenzausschusses:

TH. ERISMANN Innsbruck	P. FEDERN Wien	H. HARTMANN Wien	A. HAUPTMANN Halle
H. LUXENBURGER München	H. W. MAIER Zürich	W. MORGENTHALER Bern	
M. PAPPENHEIM Wien	H. SIGERIST Leipzig	E. STRANSKY Wien	I. SUTER Zürich

Redigiert von

HEINZ HARTMANN MARTIN PAPPENHEIM
ERWIN STRANSKY

*



BERLIN 1931
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 39

Alle Rechte, besonders das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten

Buchdruckerei Ernst Kloppe, Quedlinburg a. M.

Zum Geleit.

Es ist fast ein Jahrzehnt her, daß in Heft 16 dieser „Abhandlungen“ die große Aussprache „Über Psychoanalyse“ (mit einleitendem Referate von R. Allers), redigiert von E. Stransky und B. Dattner, erschienen ist; eine Aussprache, die auf dem Boden des damals noch jungen Vereins für angewandte Psychopathologie und Psychologie in Wien stattgefunden und sich äußerst fruchtbar gestaltet hatte.

Anläßlich der Vollendung des zehnten Bestandsjahres des soeben genannten Vereins fand vom 5.—7. Juni 1930 die erste internationale Tagung für angewandte Psychopathologie und Psychologie statt, unter der Leitung M. Pappenheims, der nach dem Ablaufe der Funktion des früheren Obmannes E. Stransky dem Vereine vorsteht. Der Verlauf dieser Tagung gestaltete sich so sehr vielversprechend, daß der Beschluß gefaßt wurde, sie periodisch zu erneuern; ein Permanenzausschuß, bestehend aus den Herren Th. Erismann (Innsbruck), P. Federn (Wien), H. Hartmann (Wien), A. Hauptmann (Halle), H. Luxenburger (München), H. W. Maier (Zürich), W. Morgenthaler (Bern), M. Pappenheim (Wien), H. Sigerist (Leipzig), E. Stransky (Wien) und J. Suter (Zürich) behält diese Angelegenheit im Auge und wird zu gegebener Zeit die Einberufung der nächsten Tagung veranlassen. Es entspricht durchaus dem Sinne und Geiste angewandter Psychopathologie, daß dieser Ausschuß nicht bloß Lehrer und andere Vertreter der Psychiatrie, der Neurologie, der Medizin überhaupt, sondern auch zwei führende akademische Lehrer nichtmedizinischer Fakultätszugehörigkeit (Philosophische Fakultät, technische Hochschule) in sich begreift.

Dieser nämliche Ausschuß hat nun auch beschlossen, die Verhandlungen (Referate und Vorträge, ausschließlich der Aussprache und der geschäftlichen Mitteilungen) der stattgefundenen Tagung herauszugeben; mit der Führung der bezüglichen Verhandlungen beauftragte er eine dreigliedrige Exekutive, bestehend aus den Herren M. Pappenheim, E. Stransky und H. Hartmann. Dank

dem Entgegenkommen des Herrn Geheimrates Prof. Dr. Bonhoefer und des S. Kargerschen Verlages konnte die Unterbringung auch dieses Berichtes abermals im Rahmen dieser „Abhandlungen“ erfolgen. Es ist zu hoffen, daß das Studium aller dieser Referate und Vorträge der Tagung und ihren Zielen neue Freunde gewinnen wird. In diesem Sinne übergeben wir den Bericht der Öffentlichkeit.

Es ist uns noch ein Bedürfnis, allen Kollegen, die außer uns und den Vortragenden in selbstloser Weise bei den schwierigen Vorarbeiten zu dieser Tagung mitgeholfen haben, auch an dieser Stelle wärmstens zu danken, vor allem den Herren C. Grosz (Wien), G. Engerth (Wien), Fr. Stumpfl (z. Zt. München), Frau A. Flach (Wien) und nicht zuletzt auch Frau Professor Schlick (Wien). In der Leitung der Verhandlungen der Tagung haben den Vorsitzenden M. Pappenheim außer den Mitgliedern des Permanenzausschusses noch die Herren J. Berze (Wien), C. Beth (Wien), C. Bühler (Wien), K. Hildebrandt (Berlin), O. Pötzl (Wien) und Fr. Reuter (Graz) in dankenswerter Weise unterstützt.

Martin Pappenheim.

Erwin Stransky. Heinz Hartmann.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Zum Geleit	III
Eröffnungsansprache. Von Prof. Dr. Martin Pappenheim-Wien	1

Referate

Die Bedeutung der Psychopathologie für die Psychologie. Von Rudolf Allers-Wien	4
Psychopathologie und Religionspsychologie. Von Univ.-Prof. Dr. theol. et phil. Karl Beth-Wien	21
Der Zeichenverkehr beim Menschen und bei den Tieren. Von Prof. Dr. K. Bühler-Wien	29
Arbeitswissenschaft und Psychopathologie. Dargetan an der Begutachtung der Erwerbsminderung. Von Dr. med. et phil. W. Eliasberg-München	30
Massenpsychose und Individuum. Von Prof. Dr. phil. Th. Erismann-Innsbruck	42
Pathographie und Psychoanalyse. Von Dr. E. Hitschmann-Wien	68
Psychopathologie und Erblichkeit. Von Hans Luxenburger-München	77
Psychopathologie und Strafrecht. Von Prof. Dr. Hans W. Maier-Zürich	93
Das Kunstschaffen der Geisteskranken. Beschäftigungsbehandlung und Kunstschaffen. Von Priv.-Doz. Dr. W. Morgenthaler-Bern	117
Die Bedeutung von Klages für die Psychopathologie. Von Dr. med. et phil. Hans Prinzhorn-Frankfurt a. M.	127
Psychopathologie und Kulturwissenschaft. Von Prof. Dr. Henry E. Sigerist-Leipzig	140
Angewandte Psychopathologie und Gegenwartszivilisation. Von Prof. Dr. Erwin Stransky-Wien	146

	Seite
Psychotechnik und Psychopathologie. Von Prof. Dr. phil. J. Suter-Zürich	161
Psychiatrie und Strafrecht. Von Prof. Dr. jur. Siegfried Türkel-Wien	169
Die latenten metaphysischen Grundlagen der psycho- logischen Schulen. Von Dr. Robert Wälder-Wien	178

Vorträge

Der neurotische Stil. Von Dr. Paul Federn-Wien . . .	194
Zur Psychologie der Ausdrucksbewegung. Von Auguste Flach-Wien	202
Reflexologie und Psychopathologie. Von Dr. Ludmilla Gatzuk-Leningrad	209
Psychiatrische Kritik der schöpferischen Leistungen. Von Dr. med. et phil. Kurt Hildebrandt-Berlin- Wittenau	216
Zur Frage der Bedeutung der Psychopathologie für die Erziehung. Von H. Kogerer-Wien	224
Psychotherapie und Politik. Von Priv.-Doz. Dr. W. Morgen- thaler-Bern	229
Haltung und Persönlichkeit. Von Prof. Dr. J. H. Schultz- Berlin	235
Die Physiologie der Hypnose. Von F. G. Stockert- Halle	240

Eröffnungsansprache

von

Prof. Dr. MARTIN PAPPENHEIM,
Wien.

Meine Damen und Herren!

Ich eröffne unsere Tagung für angewandte Psychopathologie und Psychologie und heiße Sie alle aufs herzlichste willkommen. Ich begrüße Seine Magnifizenz, Herrn Prof. Gleispach, dem wir für die freundliche Überlassung dieses Saales zu besonderem Danke verpflichtet sind. Ich begrüße den Vertreter des Ministeriums für soziale Verwaltung, Herrn Sektionschef Dr. Scherrer, und den Vertreter der Stadt Wien, Herrn Stadtrat Prof. Tandler.

Ich begrüße insbesondere alle Herren aus dem Auslande, die durch ihre Referate und Vorträge unsere Tagung mit reichem Leben erfüllen werden, und alle anderen, die aus der Ferne dahergekommen sind, an unserer Tagung teilzunehmen.

Wir haben in diesen Tagen ein überreiches Arbeitsprogramm zu erledigen, welches zeigt, wie mannigfache Probleme für die Anwendung der Psychopathologie bestehen. Sind wir auch noch ferne von der Lösung dieser Probleme, so übt doch schon jede Annäherung an ihre Lösung einen Einfluß auf die verschiedensten Gebiete des Gesellschafts- und Geisteslebens aus. Diesen Einfluß soll unsere Tagung vor der breiten Öffentlichkeit dartun.

Wie große Anregungen und Forschungen auf diesem Gebiete gerade von unserer Stadt ausgegangen sind, das näher auszuführen steht mir nicht an. Gestatten Sie mir deshalb nur einige kurze Bemerkungen.

Ein Zweig der angewandten Psychiatrie, ihre Anwendung auf die Rechtspflege, die dem Geisteskranken eine Sonderstellung gewähren mußte, ist fast so alt wie wissenschaftliche Psychiatrie überhaupt. Nicht uninteressant ist, daß sich der von Platner im Jahre 1740 vertretene Standpunkt, daß über Geisteskranke Ärzte zu hören seien, gegen einen Mann wie Kant durchsetzen mußte, der die Ent-

scheidung über den Geisteszustand des Rechtsbrechers der philosophischen Fakultät zuweisen wollte. Über den Einfluß der Psychopathologie auf die Rechtspflege werden Sie auf unserer Tagung von berufenster psychiatrischer und juristischer Seite Referate hören. Der ungeheure Einfluß der Kant'schen Ethik war es auch, der die Psychiatrie schon früh veranlaßte, zu dem bereits Epictet bekannten Problem des Unterschiedes zwischen lasterhaft Unfreien und durch psychische Krankheit Gebundenen Stellung zu nehmen, und der einen langwährenden Streit zwischen den Psychikern, als deren Vertreter Heinroth mit seinem einseitig ethisch-psychologischen Standpunkte in den Vordergrund trat, und zwischen den Somatikern hervorrief.

Für die Erkenntnis des Psychopathologischen im Schaffen des produktiven Menschen und seiner Bedeutung im künstlerischen Schaffen überhaupt verdanken wir Möbius bedeutsamste Leistungen. Zahlreiche Arbeiten der letzten Jahre von Hildebrandt, Jaspers, Kretschmer, Morgenthaler, Prinzhorn und vielen anderen, insbesondere auch von Freud und seinen Schülern Sadger, Hitschmann, Helene Deutsch und anderen, haben die Fruchtbarkeit dieser Problemstellung erwiesen.

Bahnbrechend auf dem Gebiete der angewandten Psychopathologie hat der Genius Freuds gewirkt. Er hat als erster eine psychopathologische Theorie geschaffen, die eine Anwendung auf Lebenserkenntnis im weitesten Sinne ermöglicht, die nicht nur der wissenschaftlichen Erforschung normaler und krankhafter Seelenvorgänge ein ungeheures Neuland eröffnet, sondern uns auch auf allen Gebieten des Kulturlebens neue Zusammenhänge hat erkennen lassen. Angewandte Psychiatrie und Psychopathologie im heutigen Sinne — Begriff und Worte wurden zuerst von Stransky geprägt und programmatisch entwickelt — sind ohne das Werk Freuds nicht zu denken. Seinem Forschergeiste vor allem verdanken wir den Einfluß, den die moderne Psychopathologie auf psychologische Probleme, auf Probleme der Charakterologie, der Religionspsychologie, der Geschichte und Kulturwissenschaft, der Erziehung, der Politik und auf viele andere Probleme gewonnen hat. Mag auch die Theorie Freuds noch mannigfach umstritten sein, so finden wir ihre Wirkung, mehr als manchen Autoren bewußt ist, doch allenthalben im Geistesleben der Jetztzeit. Lassen Sie mich hier nur einige bedeutende Männer, wie Allers, Beth, Birnbaum, Bleuler, Bühler, Eliasberg, Gaupp, Goldstein, Hellpach, Jaspers, Jung, Klages, Kretschmer,

Kronfeld, H. W. Maier,¹ Morgenthaler, Schultz, Osw. Schwarz, Stransky, Suter, Utitz nennen, die auf dem Gebiete der angewandten Psychopathologie Hervorragendes geleistet haben. Viele von diesen Männern werden Sie in diesen Tagen hören können. Gerade auf unserem Gebiete hat die strenge Scheidung von dem engeren Schülerkreise Freuds mit seinen bedeutenden Leistungen zu bestehen aufgehört. Ich erwähne aus diesem Kreise nur einige erlesene Namen, wie Abraham, Federn, Ferenczi, Hartmann, Jones, Reich, Reik, Schilder, Wälder.

Die Freudsche Theorie bildet auch das Fundament für die weitverbreitete Lehre Alfred Adlers, der durch das Herausstellen einer bedeutsamen Erscheinung im Seelenleben jedes Kindes fruchtbringende Erkenntnisse namentlich für das Gebiet der praktischen Erziehung gefunden hat.

So bedeutungsvoll die angewandte Psychopathologie ist, so dürfen wir ihren Geltungsbereich doch nicht überdehnen. Wir müssen uns vor Übergreifen auf fremdes Gebiet hüten, denn es wäre ein Fehler, alles menschliche Geschehen nur von unserem Standpunkte aus erklären zu wollen. Wir müssen uns vielmehr bewußt sein, daß andere Wissenschaften, nehmen wir zum Beispiel die Soziologie, ihre Erkenntnisse aus Methoden schöpfen, die der Psychopathologie fremd sind, und daß die Psychopathologie nur in dem ihr bestimmten Rahmen innerhalb dieser Wissenschaften Erkenntnisse zu fördern vermag.

Meine Damen und Herren! Stransky gebührt das Verdienst, in Gemeinschaft mit anderen Kollegen¹⁾ vor 10 Jahren unseren Verein für angewandte Psychopathologie und Psychologie in Wien ins Leben gerufen und damit ein Forum geschaffen zu haben, auf dessen Boden sich zum ersten Male Forscher der verschiedensten Geistesrichtungen zu regelmäßiger gemeinsamer Arbeit im Sinne angewandter Psychopathologie zusammengefunden haben. Zahlreiche Referate und Vorträge namhafter Forscher des In- und Auslandes und anregende Diskussionen, die in diesem Vereine in den ersten Jahren unter der Leitung Stranskys, seit drei Jahren unter meiner Leitung stattgefunden und die zum Teil in die Literatur Eingang gewonnen haben, haben den großen Wert dieser Organisation erwiesen. Von der Schweiz aus hat Morgenthaler diese Bestrebungen in verdienstvoller Weise gefördert, indem er in Ge-

¹⁾ Unter denen Dattner und der tragisch und zu früh dahingegangene Roffenstein besonders erwähnt seien.

meinschaft mit Jaspers, Repond, Maier und Stransky die „Arbeiten zur angewandten Psychopathologie“ herausgab, in deren Rahmen wertvolle Veröffentlichungen erschienen sind, von denen ich nur die berühmte Arbeit von Rorschach nenne.

Die Erfolge der bisherigen gemeinsamen Arbeit waren so ermutigend, daß der Gedanke, diese Tagung für angewandte Psychopathologie einzuberufen, rasch einen günstigen Boden gewann. Unsere Arbeit, geht sie auch von der Versenkung des einzelnen in sein Werk aus, bedarf der persönlichen Vereinigung vieler, um aus den einzelnen Ergebnissen das ganze Wissen von der Menschenseele zu gestalten. Das soll aber in aller Öffentlichkeit geschehen. Denn unsere Tätigkeit, die eine der charakteristischen Kulturbewegungen unserer Zeit bildet, findet ihre Befriedigung darin, den großen Kreis am Geistesleben interessierter Menschen anzuregen und von ihnen immer wieder Anregungen zu erhalten. Diese Tagung wird, wie wir hoffen, auch weiteren Kreisen zeigen, in wie hohem Maße fördernd die Psychopathologie auf unsere gesamte Geistes- und Kulturentwicklung eingewirkt hat. Möge es der Tagung beschieden sein, dieser Entwicklung ein gutes Stück vorwärts zu helfen und unseren Bestrebungen einen breiten Kreis von Helfern und Freunden zu schaffen!

Referate.

Die Bedeutung der Psychopathologie für die Psychologie.

Von
RUDOLF ALLERS,
Wien.

Das im Titel bezeichnete Thema zu entwickeln, bieten sich verschiedene Möglichkeiten dar. Man könnte z. B. versuchen, alle jene Erkenntnisse und Erfahrungen der Psychopathologie aufzuzählen, welche für Fragestellungen, Methoden, Theorien der Psychologie fruchtbar geworden sind und dabei mehr oder weniger systematisch zu Werke gehen, indem man die verschiedenen Kapitel, unter denen

Psychologie ihren Gegenstand darzustellen pflegt, der Reihe nach durchspräche. Man hätte darin zu handeln etwa von der Rolle, welche die Erforschung der Sprachstörungen bei Apathikern für die Psychologie der Sprache gespielt, von den Einsichten, die über den Vorgang und die Struktur von Wahrnehmung aus dem Studium der Halluzinationen und Illusionen erwachsen, von den Streiflichtern, die von der Tatsache der Wahnbildung her auf die Psychologie von Überzeugung und der Evidenzerlebnisse fallen usw. Man könnte auch eine historische Entwicklung zugrunde legen und die Wertschätzung des krankhaften Seelenlebens oder der Erscheinungen an ihm in verschiedenen Perioden der Geistesgeschichte, daher auch das Interesse, welches Seelenforschung einer — wie sie jeweils bestand — Psychopathologie zuwandte, und den Nutzen, den sie daraus gezogen, zu ermitteln versuchen. Ein Unternehmen, das keineswegs ohne Interesse wäre. Denn es ist nicht etwa so, daß die Verwertung der am psychisch Erkrankten sichtbaren Erscheinungen für die Normalpsychologie nur eine Errungenschaft neuerer Zeit wäre, bedingt durch die Vielfalt des Bekanntgewordenen und den Umfang einschlägiger Untersuchungen. Sondern diese Interessezuwendung hat auch noch andere, geistesgeschichtliche Gründe. Gewiß bedingt die Eigengesetzlichkeit der Wissenschaft, die in ihr gelegene „Expansionstendenz“ (sowohl in ihrem eigensten Forschungsgebiete, wie in benachbarte hinein — als „angewandte“ Disziplin) eine notwendige Mehrung an Erkenntnissen und muß sozusagen automatisch zu einer ständigen Erweiterung und Verfeinerung der Methoden führen, was wiederum die Rezeption von methodischen und grundsätzlichen Standpunkten verwandter Gebiete nach sich zieht. Aber außer durch diese „wechselseitige Erhellung“, welche solcher expansiver Entwicklung entspringt, kommen Berührungen zwischen benachbarten, d. h. mit gegenständlich verwandten Gebieten befaßten, Disziplinen aus den Bedürfnissen der jeweiligen Geistigkeit einer historischen Situation zustande. So ist es doch bemerkenswert, daß eine Zeit, welche weder eine „wissenschaftliche“ Psychologie, wie wir sie verstehen, noch eine in unserem Sinne „klinische“ Psychiatrie besaß, nämlich das ausgehende 18. und der Beginn des 19. Jahrhunderts, sich vielfach um die Nutzbarmachung der „Psychopathologie“ für die Psychologie bemühte. Es genügt, an das „Magazin für Erfahrungsseelenkunde“ des K. Ph. Moritz, an die Namen Ideler, Reil, Weickardt und viele andere zu erinnern.

Keiner der beiden angedeuteten Wege aber scheint sich für das gestellte Thema und den Rahmen, darein es gestellt, zu empfehlen.

Eine solche, sei es systematische, sei es historische Aufzählung würde nämlich nicht nur zu breit ausfallen und trotzdem bei der Überfülle vorliegender Tatsachen immer noch lückenhaft bleiben müssen und zugleich Gefahr laufen, sich mit den Ausführungen Anderer, welche Teilthemen zu behandeln beabsichtigen, zu überkreuzen, sondern sie könnte auch der eigentlichen Aufgabe gar nicht gerecht werden. Denn welche Bedeutung Psychopathologie für Psychologie habe, läßt sich aus einer bloßen Aufzählung, und sei sie noch so vollständig, nicht entnehmen; es müßte dann erst recht jede Einzeltatsache auf ihr Gewicht für die Entwicklung von Psychologie hin betrachtet werden, weil ja die Quantität rezipierten Materials allein kein Kriterium für Bedeutung abzugeben vermag. Die Aufzählung als solche bliebe für das eigentliche Thema sohin unfruchtbar.

Daher soll versucht werden, einen anderen Weg einzuschlagen, der vielleicht zu grundsätzlicher Klärung führen kann; solcher Versuch schließt die Bedachtnahme auf konkrete Einzelheiten nun zwar nicht aus, bedient sich ihrer aber doch nur zu gelegentlicher Exemplifizierung. Gefragt soll werden nicht unmittelbar nach der Bedeutung des Psychopathologischen, d. h. der in Psychopathologie thematischen Gegenstände — also der Halluzination, der Wahnbildung, der Sprachstörung, des „archaischen Denkens“ usw. —, sondern vielmehr nach der Bedeutung von Psychopathologie als der, wenigstens der Absicht nach, systematischen Ordnung all dieses Tatsächlichen. Die im Titel bezeichnete Frage wird sohin streng wörtlich verstanden. Von der Bedeutung der Psychopathologie für Psychologie ist die Rede.

Der naheliegendste Zugang zu einer Beantwortung solcher Frage möchte sich vielleicht eröffnen, wenn man erwägt, daß — zumindest dem Wortlaute nach — hier eine Beziehung zu bestehen scheint, jener analog, die zwischen Physiologie und Pathologie obwaltet oder, wenn man den Gleichklang festgehalten wünscht, zwischen Somatophysiologie und Somatopathologie. Indes lehrt näheres Zusehen, daß diese Analogie nicht als tragfähig anerkannt werden kann.

Im Bereiche der — normalen wie pathologischen — Somatologie nämlich handelt es sich erstens stets um grundsätzlich Lokalisiertes oder Lokalisierbares. Die Lokalisation ist entweder die in einem Organ bzw. Organsystem oder aber die in einer Funktion. Dabei bemühen sich diese Disziplinen, jede „Funktionsstörung“ auf eine „Organstörung“ zurückzuführen, ihr eine greifbare (zumindest als solche zu denkende) Strukturveränderung zuzuordnen. Daß bei solcher Reduktion auf Strukturelles zuweilen auch mehr oder weniger unsinnige Hypothesen geäußert worden sind, tut der prinzipiellen

Stellungnahme als der methodischen Grundposition keinen Abbruch. Und als heuristisches wie ordnendes Prinzip hat sich solches Vorgehen mehr denn vortrefflich bewährt.

Zweitens handelt es sich bei all den Gegenständen der Somatologie um Quantifizierbares. Alle Abweichung ist letzten Endes eine auf Quantitäten reduzierbar. Gleichgültig, ob die Gesetze des Lebendigen sich schließlich auf rein quantitativ faßbare Formeln nach Art der exakten Naturwissenschaften werden bringen lassen oder nicht, jedenfalls ist innerhalb biologischer Betrachtung die Quantifikation eine nicht nur zulässige, sondern eine unerläßliche Verfahrensweise. Drittens — und dies hängt mit dem eben Angemerkten auf das engste zusammen — gehen diese Disziplinen darauf aus, alle komplexen Erscheinungen auf „elementare“ zurückzuführen. Das vielfältige Bild irgendeiner Krankheit wird, zwar nicht als die Summe, so doch als das Zusammen von elementaren, grundsätzlich auch als für sich bestehend und isoliert denkbaren Einzelstörungen begriffen.

Dieser methodische Ansatz von Physiologie und Pathologie liegt offensichtlich in der Richtung auf die kategoriale Struktur der exakten Naturwissenschaften. Es mag bezweifelt werden, ob eine Ineinsetzung nach Methodik und Begriffssystem der biologischen und physikalischen Disziplinen statthaft sei; im Grunde aber bestehen die genannten Gesichtspunkte zu Recht, wenn sie mutmaßlich auch nicht völlig zureichen, um das Wesen des lebendigen Organismus und die an ihm sichtbar werdenden Störungen adäquat zu erfassen.

Anders nun steht es in Psychopathologie. Hier gibt es zunächst keine Möglichkeit einer Lokalisation in bestimmten „Strukturen“ oder „Funktionen“. Es bedarf nicht der Hervorhebung, daß damit nicht etwa die sog. „Lokalisationslehre“ zurückgewiesen ist. Mag es um diese stehen wie immer — hier kommt sie überhaupt nicht in Frage. Denn innerhalb von Psychopathologie in strengem Verstande gibt es selbstverständlich keine „Herderscheinungen“, sondern nur Abänderungen seelischer Erscheinungen. Für eine reine Psychopathologie bedeutet die Bezugnahme auf „Hirnzentren“ und die Rede etwa von „Stirnhirnsyndromen“ eine glatte μεταίτασις εἰς ἄλλο γένος. Blicke die Möglichkeit einer „psychologischen Lokalisation“, d. h. des Aufweises jener „Phasen“ oder „elementaren Vorgänge“ innerhalb eines komplexen seelischen Geschehens, deren „Störung“ die Abänderung der Gesamterscheinung bewirken solle. Man entsinnt sich, daß Arnold Pick die Lokalisierbarkeit von Sprachstörungen, zumindest bestimmter, in zirkumskripte Hirnpartien anzweifelte, das

Unternehmen einer solchen „psychologischen“ Lokalisation aber für ein aussichtsreiches hielt. In diesem Sinne wäre es etwa zu versuchen, jenen „Ort“ aufzufinden auf dem „Wege vom Denken zum Sprechen“, an welchem irgendeine Störung expressiver Sprache „ihren Sitz“ hätte. Solches Unternehmen, dem zwar unter Umständen heuristischer Wert nicht abgesprochen werden kann, läuft indes immer die sehr große Gefahr, in einen Zirkel zu geraten. Allzu leicht ist man nämlich versucht, derartige Phasen, Stadien oder auch „Schichten“ aus den Befunden an Kranken herzuleiten, sie dann, weil solche Konstruktion irgend Plausibilität bei sich führt, für den normalen Vorgang als grundlegend (und, wenn sie nicht — wie so oft — unmittelbar sichtbar, phänomenal gegeben sind, als „darin steckend“) anzusehen, um dann diese angebliche Kenntnis der normalen Abläufe wiederum zur Deutung krankhafter Abänderung heranzuziehen. Es werden dabei vielfach noch andere Denk- und Methodenfehler begangen, von denen z. T. noch die Rede sein wird. Damit eine „psychologische Lokalisation“ in dem hier gemeinten Sinne statthaft sei, müßte allererst bewiesen sein, daß eine solche Zerlegung in Stadien oder Phasen und ein „Darin-stecken“ des sogenannten „Elementaren“ in der komplexen Erscheinung überhaupt ohne weiteres und in allen Fällen angenommen werden könne. Daß dies aber bewiesen sei, ja daß es überhaupt bewiesen werden könne, möchte ich sehr bezweifeln.

Nun sind ferner die am Kranken vorfindlichen Abänderungen seelischer Erscheinungen nur äußerst selten, wenn je, solche, die eine Interpretation im Sinne des Mehr oder Weniger vertrügen. Betrachten wir z. B. einen relativ einfachen Fall, etwa den einer Merkfähigkeitsstörung, die sich zunächst ja recht gut als eine „geringe Merkfähigkeit“ oder eine „Herabsetzung“ ihrer, wie wir dies zu tun gewohnt sind, bezeichnen läßt. Was uns aber faktisch im Phänomen begegnet, ist doch nur dies, daß die Menge des Behaltenden und die Dauer, die hindurch es behalten wird, gegenüber dem Normalen verkleinert erscheinen. Das ist aber keineswegs gleichbedeutend mit einer Abnahme der Merkfunktion, die doch das eigentlich Seelische ist, auf das es bei der Psychopathologie ankommen muß. Wenn wir von einer Schwächung der Merkfähigkeit, einer Abnahme ihrer gegenüber den Verhältnissen beim Gesunden sprechen, so haben wir schon eine Deutung vollzogen, den schlichten „Befund“ auf die Ebene einer bestimmten theoretischen Konstruktion projiziert. Aber daß diese Konstruktion, mag sie auch in so manchen Fällen „selbstverständlich“ erscheinen, eine den faktischen Vorkommnissen gemäße

sei, bedürfte erst des Nachweises. Wir sollten nicht vergessen, daß so manches, das uns „selbstverständlich“ bedünkt, nicht nur dies nicht ist, sondern zuweilen überhaupt nicht „verständlich“, sondern im besten Falle „vertraut“. Man kann mit Fug und Recht die Frage aufwerfen, ob so etwas wie Merkfähigkeit irgendwie als Größe gedacht und daher unter den Kategorien der Zu- oder Abnahme betrachtet werden könne. Ganz die gleichen Überlegungen lassen sich rücksichtlich alles dessen anstellen, was wir als „Intelligenzdefekt“ beschreiben. Dazu kommt, daß uns im Bereiche krankhaften Seelenlebens Erscheinungen begegnen, die wohl einer auch am Normalen bestehenden „Region“ angehören, aber von den normalen Erscheinungen in keiner Weise „quantitativ“ unterschieden werden. So ist etwa Halluzination durchaus nicht in eine solche Beziehung zur Wahrnehmung zu bringen. Selbst wenn halluzinatorisches Erleben dem wahrnehmenden phänomenal bis ins Letzte gliche, also die Rede H. T a i n e s: „le monde est une hallucination vraie“ eine sinnvolle wäre, so drückte sich schon darin die Unmöglichkeit der Statuierung eines quantitativen Unterschiedes aus; denn „Wahrheit“ ist kein Mehr gegenüber „Irrigkeit“. Nun hat aber die phänomenologische Analyse, zuletzt und wie ich glaube entscheidend, die Studie K r o n f e l d s, dargetan, daß nicht einmal die Gleichsetzung von Wahrnehmung und Halluzination (die man daher auch nicht mehr zu Recht eine „Trug-Wahrnehmung“ nennen dürfte) eine erlaubte sei. Ähnlich wie mit Halluzination und Wahrnehmung (übrigens hält auch die Zurückführung ersterer auf Vorstellungen nicht Stich) steht es mit Wahn und Urteil, was weiterer Ausführungen kaum bedarf.

Endlich gelingt weder in Psychologie noch in Psychopathologie der Aufweis „elementarer“ Prozesse oder Störungen. Bei diesem Punkte wollen wir uns weiter nicht aufhalten, zumal er gelegentlich noch berührt werden muß. Es darf hinzugefügt werden, daß auch die Erkenntnisweise durch das Experiment in Physiologie und Psychologie eine je völlig andere ist. Denn in der Physiologie ist man imstande, die zu untersuchende Funktion in der Situation des Experimentes unmittelbar zu treffen; man kann sie ausschalten oder steigern usw. Davon ist in Psychologie keine Rede. Vielleicht ist eine ähnliche Möglichkeit zur Not noch im hypnotischen Experiment gegeben. Da nun Krankheit als Funktionsstörung des Organismus mit Recht als ein „Experiment der Natur“ bezeichnet worden ist, und es uns ja in der Tat oft genug gelingt, die Erscheinungen am Kranken im Experiment nachzuerzeugen und so die Krankheit vom Experiment her zu deuten, bei Störung seelischer Funktionen

aber eine solche Möglichkeit nicht besteht, ergibt sich ein weiterer Grund, warum die Analogie, von der wir ausgingen, nicht anerkannt werden könne. Gegen diese Bemerkung bilden übrigens Versuche, wie sie seit Kraepelin mehrfach ausgeführt wurden, Studien über die Abänderung seelischer Erscheinungen durch Giftwirkung, keinerlei Einwand; denn auch hier trifft der Zugriff des Experimentators in keiner Weise die zu untersuchende Funktion selbst und unmittelbar.

Demnach kann die systematische Beziehung zwischen Psychopathologie und Psychologie nicht analog jener im Bereiche der Somatologie verstanden werden, und die Befruchtung der einen durch die andere, die Bedeutung jener für diese, muß in einem völlig anderen Lichte erscheinen. Die psychische Erkrankung kann eben nicht als ein „Experiment der Natur“ in dem Sinne angesehen werden, wie das etwa bei körperlicher Erkrankung zulässig ist. Gewiß, soweit die psychiatrische Klinik körperliche Befunde, anatomische Veränderungen nachzuweisen imstande ist, verfügt sie über derartige „natürliche Experimente“; aber diese geben auch nur Aufschluß über Körperliches, etwa über die Funktion des striopallidären Systems u. dgl. Daher hat im Bereiche der Psychopathologie auch die Rede, es zeige das Krankhafte die normalen Erscheinungen „vergrößert, vergrößert, verzerrt“ vorerst keinen rechten Sinn. Es verdient hervorgehoben zu werden, daß von hier aus auch das Recht, von „Übergängen“ oder „Grenzfällen“ zu sprechen, zunächst einigermaßen fraglich wird. Gerade dort übrigens, wo uns das „Pathologische“ an einer Erscheinung am entscheidendsten einleuchtet, fehlt es an „Übergängen“; zwischen Halluzination einerseits und Wahrnehmung oder Vorstellung andererseits, gibt es keine wirklichen Übergänge; solche lassen sich höchstens für gewisse Momente an diesen Phänomenen wahrscheinlich machen. Oder, wenn es noch präziser ausgedrückt werden soll: vielleicht lassen sich zwischen dem halluzinierten „Bild“ und dem des wahrgenommenen Gegenstandes irgendwelche „Übergänge“ auffinden, aber nicht zwischen „Wahrnehmen“ und „Halluzinieren“. Was man so gemeinhin als „Grenzfall“ oder „Grenzzustand“ oder „Übergang“ zwischen Krankhaft und Gesund benennt, das sind doch wohl überwiegend Formen des „Betragens“; d. h. aber, daß der Kranke in einer sozialen Situation bereits auffällig wird, in welcher der Gesunde sich von seinen Mitmenschen noch nicht unterscheidet. Der Kranke besitzt also eine „geringere Belastungsfähigkeit“, und auf diese lassen sich nun ganz die gleichen Überlegungen anwenden, wie zuvor auf „Merkfähigkeit“. Ob aber im Erleben, in der Struktur des seelischen Zusammenhanges

sich nun eine Kontinuität zwischen dem Normalen und dem Kranken werde annehmen lassen, dies bleibt durchaus dahingestellt. Wenn ein Gleichnis gestattet ist, so könnte man sagen: Stäbe aus verschiedenem Material: Holz, Glas, Eisen, Aluminium, Blei usw., von gleichen Abmessungen werden bei verschiedener Durchbiegung brechen; besteht darum ein „Übergang“ von Glas zu Blei?

Nun, die erste Bedeutung von Psychopathologie für Psychologie läßt sich paradox genug dahin bezeichnen: es sei für Psychologie sehr bedeutungsvoll, daß es so etwas wie Psychopathologie überhaupt gebe, daß sie möglich sei.

Wenn man an dieser paradoxen Fassung Anstoß nehmen sollte, so müßte daran erinnert werden, daß Psychopathologie durchaus nicht immer „selbstverständlich“ war. Es hat Zeiten gegeben, denen der Begriff Krankheit keineswegs fremd war, die aber doch an „seelische Krankheit“ nicht dachten. Ihnen war es vielmehr „selbstverständlich“, daß der (für uns) Geisteskranke von einem Dämon besessen oder vom Gotte ergriffen sei. Und man muß zugeben, daß diese Interpretation innerhalb des Gesamts der dort herrschenden Weltanschauung sehr sinnvoll gewesen ist, während die Annahme einer „Geisteskrankheit“ völlig unsinnig gewesen wäre.

In der, immerhin in etwa paradoxen, Behauptung, es habe Bedeutung, daß es so etwas wie Psychopathologie überhaupt gebe, sind genau genommen zwei verschiedene Probleme bezeichnet, deren Problemcharakter man freilich gemeinhin kaum zu bemerken scheint. Das erste dieser Probleme kann in dieser Frage formuliert werden: Wieso erkennen wir irgendeine Aussage, irgendein Verhalten eines Menschen als „abnorm“, als pathologisch? Diese Frage ist nicht die nach den „Grenzen zwischen Gesund und Krank“, welche sich vielmehr erst als eine aus der ersten abgeleitete darstellt; sie ist die nach den Kriterien nicht der Gesundheit, seelischen Gesundheit, überhaupt, sondern nach der „Normalität“ des einzelnen seelischen Phänomens oder der einzelnen Verlaufsweise. Ihre Beantwortung soll indes hier nicht versucht werden; es würde solches Unternehmen ein viel zu weites Ausgreifen erfordern, wobei auch „soziale“ Momente mitberücksichtigt werden müßten. Denn es ist ja klar, daß in der Aussage: abnorm wiederum die ganze Geistigkeit und Weltauffassung, aus der heraus sie gemacht wird, mitbestimmend enthalten ist.

Das zweite Problem, mit dem allein sich die folgenden Zeilen — auch nicht mit der wünschenswerten und erforderlichen Ausführlichkeit — befassen sollen, darf dahin ausgesprochen werden: Was heißt es, wenn Psychopathologie aussagt, es sei diese oder jene „Seite“

an oder in dem betreffenden Seelenleben „erkrankt“?; d. h.: Wieso gelangt Psychopathologie zu der Aufstellung, es verlaufe „dieselbe“ Betätigungsweise, Funktion u. dgl., beim Kranken „anders“, sie sei pathologisch „verändert“? Denn man könnte doch auch glauben, etwas „anders“ Verlaufendes sei eben nicht mehr „dasselbe“.

Machen wir uns dies an einem Beispiel klar. Man spricht etwa von „Denkstörung“. Was heißt das? Was wir, die Beobachter, entdecken, ist die Unfähigkeit des Beobachteten, gewissen, ihrem Wesen nach der Erfassung durch Gedanken, Urteile bestimmten Gegenständen gerecht zu werden oder eine Veränderung in bezug auf das Denken „derselben“, d. h. der von uns gemeinten Gegenstände. Dabei machen wir natürlich die Voraussetzung, daß die Ausdrucksweise des Untersuchten seinem Denken adäquat sei. Wenn nun ein Mensch über „denselben“ Gegenstand „anders“ denkt, so meint er doch, intendiert er eben einen „anderen“ Gegenstand. Was ist also gestört: das „Denken“ „des“ Gegenstandes, oder sind dem Kranken sozusagen vorgedanklich (was sich nicht ganz deckt mit dem, was man „prälogisch“ nennt) die Gegenstände anders gegeben? Man könnte sich ganz gut vorstellen, daß sich dem Kranken die ganze „Welt“, natürlich nicht nur die der Dinge, sondern auch die der (logischen und axiologischen) Sachverhalte, von vornherein anders präsentierte. Vielleicht ist das Denken als solches überhaupt nicht „gestört“ und, was uns den Eindruck einer Denkstörung macht, ist der Ausdruck einer von der unseren verschiedenen „Weltanschauung“. Es darf hier an den Begriff des „archaischen Denkens“ erinnert werden, obwohl ich die heute verbreitete, der psychoanalytischen Auslegung entnommene Konzeption genetischer Art nicht für zutreffend ansehen kann. Man kann sich die Frage vorlegen, ob das Moment des „Archaischen“ an der kategorialen Verarbeitung „derselben“ Welt, wie es die unsere auch ist, hafte, oder aber an der Welt, wie sie sich dem so Denkenden darstellt. Man wäre versucht, gleichnisweise die verschiedenen „Stile“ der Malerei heranzuziehen. Der Unterschied zwischen einer Landschaft des Monet und Signac und einer des Altdorfer oder des Claude Lorrain ist doch nicht einer der Malweise, sondern des Sehens; die Impressionisten sahen die Welt anders, und darum malten sie anders.

Ohne daß weiter darauf eingegangen werden könnte, sei an die Darlegungen Frostigs über das Denken des Schizophrenen erinnert und den dort entwickelten Begriff der „gegenstandslosen Sätze“. Es fehlt, will mir scheinen, heute noch an Untersuchungen darüber, was eigentlich bei der „Denkstörung“ gestört sei. Man

müßte von den grundlegenden Kategorien ausgehend eine Kategorien-tafel der psychotischen Denkart entwerfen. Ich glaube, daß man dabei sehr aufschlußreiche Einsichten gewinnen könnte. Man müßte fragen, gilt und wie gilt in diesem Denken, das uns gerade zur Untersuchung vorgelegt ist, die Kategorie der Kausalität, der Inhärenz usf. Gibt es ein Denken, das sich nicht kausaler Verknüpfung bediente, das die Kategorie der Möglichkeit nicht kenne, für das das principum contradictionis nicht gelte; denn die angebliche Ungültigkeit dieses Satzes bei „Primitiven“ — Lévy-Bruhl — scheint mir eine sehr revisionsbedürftige Behauptung zu sein, abgesehen davon, daß sie auch nicht durchweg besteht: daß der weiße Mann zugleich ein Schwarzer sei, oder die Farbe Weiß auch Schwarz oder Grün, dürften auch die Primitiven Lévy-Bruhls nicht aus-sagen!, u. a. m. Auch wäre zu fragen, ob etwa einem „krankhaft veränderten“ Denken andere „Mechanismen“ eigneten als dem ge-sunden, ob dort die determinierenden Tendenzen Achs oder die Komplexergänzungen nach Selz u. dgl. m. fehlten, anders sich geltend machten. Alle diese Fragen zählen wir hier auf, nicht um die Problematik der Psychopathologie zu kennzeichnen und schon gar nicht, um dieser etwa ein Programm vorzuschreiben, sondern allein, um daran darzutun, welche großen begrifflichen Schwierig-keiten in der Feststellung der „Störung derselben Funktion“ gelegen seien. Trotzdem aber solche Schwierigkeiten zweifellos bestehen, be-steht anderseits doch die sichere Überzeugung der Psychopathologie, daß sich so etwas wie „Störung“ auffinden lasse. Darin aber liegt, ob nun die Dinge geklärt sind oder überhaupt geklärt werden können, eine Bedeutung für die Psychologie, sofern nämlich auf diese Weise die Annahme bestimmter (und bei aller Verflochtenheit in das Gesamt des Seelenlebens zumindest methodisch isolierbarer) Funk-tionen einige Rechtfertigung erfährt.

Indes muß man sich vor Augen halten, daß in der Unklarheit über die „Dieselbigkeit“ in dem eben besprochenen Sinne eine Gefahr von Täuschung gelegen sei. Einmal für die Psychopathologie, indem sie leicht dazu verführt werden kann, ihr begegnende Erscheinungen als „Veränderung“ normaler aufzufassen. Dies hat nicht nur abträg-liche Folgen für psychopathologische Theorienbildung selbst, wofür die Geschichte der Lehre von den Halluzinationen (die voreilig mit Wahrnehmung und Vorstellung gleichgesetzt wurden) ein Beispiel abgibt. Zweitens aber auch für Psychologie, sofern sie die Aus-sagen über „pathologische Veränderungen“ kritiklos übernimmt und sich nun gedrängt fühlt, das im Falle der Krankheit eben „Ver-

änderte“ in seiner normalen Gestaltung wiederzufinden. Dann entsteht eine am Abnormen orientierte Normalpsychologie, die — wir haben dafür Beispiele — entweder die Phänomene gesunden Seelenlebens gewaltsam unter den am Kranken gewonnenen Kategorien begreifen will oder die Neigung, mancherlei Erscheinungen, die nur ungewöhnlich, aber keineswegs krankhaft sind, irgendwelcher Ähnlichkeiten mit Erfahrungen der psychiatrischen Klinik wegen mit dem Stigma des Abnormen zu versehen. Beide, wie gesagt nicht so selten geschehene, Irrtümer bewirken aber eine Trübung des Blickes der Psychologie auf ihr eigenstes Gebiet. Es darf nie vergessen werden, daß hier — wie auch sonst irgendwo — es der Psychologie, als der Wissenschaft vom Normalen zusteht, die Norm zu ermitteln. Sie auch bildet das methodische A-priori für psycho-pathologische Forschung, mag auch noch so oft von letzterer her faktisch der Anstoß zur Fragestellung und Untersuchung ausgegangen sein und noch ausgehen. Aber alle Behauptungen der Psychopathologie über „Veränderungen“ normaler Erscheinungen und all ihre Schlüsse auf Struktur und Verlauf normalpsychologischen Geschehens bedürfen immer wieder der Rechtfertigung durch die Kriterien der Psychologie und der Bewährung an deren eigenstem Erkenntnismaterial.

Die faktischen Dienste, welche Psychopathologie der Psychologie geleistet hat und noch leisten kann, wären größere, wenn jene sich dieser nicht allzusehr entfremdet hätte, wenn sie insbesondere nicht allzuoft den Anschluß an deren Entwicklung versäumte. Es ist ein großer Mangel vieler Untersuchungen, welche psychiatrische Klinik in Absicht auf eine Erforschung „veränderten“ Seelenlebens und sohin letztlich auf die des Seelenlebens überhaupt anstellt, daß in ihnen der phänomenologische Gesichtspunkt zu wenig Beachtung findet. Man kann auch der Psychologie ruhig zugestehen, daß die historische Entwicklung psychologischer Wissenschaft längere Zeit nicht danach angetan war, der Psychopathologie brauchbare Hilfsmittel an die Hand zu geben. Driesch bemerkt einmal, die Sachlage sei eine derartige gewesen, daß jeder Forscher, der für seine Untersuchungen der Psychologie als Hilfs- oder Grundwissenschaft bedurfte, sich gezwungen gesehen habe, je immer seine eigene Psychologie zu entwerfen. Diese war dann begreiflicherweise oft genug ad hoc konstruiert und durch die Einwirkung vielerlei vorwissenschaftlicher Stellungnahmen geprägt. Die Ausgestaltung aber, welche die Psychologie in den letzten Jahrzehnten — und, wie nicht verkannt werden soll, vielfach gerade durch Psychopathologie befruchtet — erfahren hat, ist doch imstande gewesen, den gerügten

Übelstand weitgehend zu beseitigen. Schon vor langen Jahren konnte O. Külpe nicht ohne guten Grund der Psychopathologie die Vernachlässigung von Methoden und Begriffen vorhalten, die für ihre Zwecke von grundlegender Wichtigkeit wären. Wenn Psychopathologie heute von den neuerarbeiteten Verfahrens- und Betrachtungsweisen nicht Kenntnis nehmen und sie sich nicht zunutze machen wollte, so schädigte sie sich selbst, hintertrieb die Erreichung ihrer eigensten Ziele und müßte schließlich in einem Wust antiquierter Vorstellungen und mangelhafter Methoden ersticken. Sie verlöre dann auch alle Bedeutung für Psychologie.

Denn diese ihre Bedeutung liegt doch wohl darin, daß sie der Psychologie gewisse Tatsachen vermittelt und gewisse Fragestellungen nahelegt. Das aber heißt, daß sie an die Psychologie Fragen stellt, deren Antwort dann wiederum ihr, der Psychopathologie, Nutzen bringen soll. An dem schon angezogenen Beispiel der „Denkstörung“ wird dies ersichtlich. Denn die Untersuchung der „Gesetze des geordneten Denkens“ empfing ihren lebendigsten Impuls durch die Arbeit eines Psychiaters; es waren H. Liepmanns Studien über Ideenflucht, die von ihm entwickelte Konzeption der den Gedankenablauf de norma beherrschenden „Obervorstellung“, welche für jene normalpsychologischen Forschungen maßgebend wurden. Diese haben dann freilich gezeigt, daß jene These des Psychiaters der Umgestaltung und Korrektur bedürfe, haben unsere Einsichten in dieses Tatsachengebiet ungemein vertieft und geben nun so die empfangene Anregung vervielfacht der Psychopathologie zurück, die an Hand der neuen Methoden und Erkenntnisse nun ihrerseits die Frage nach dem Wesen der verschiedenen Denkstörungen zu bearbeiten hat. So auch bedeuten die lehrreichen Untersuchungen psychiatrischer Autoren, die uns gerade die letzten Jahre gebracht haben, über das Zeitbewußtsein oder seine Abwandlungen in der Psychose — ich nenne nur die Namen Fischer, v. Gebssattel, E. Strauß — eine Frage an die Psychologie.

Nicht alle psychopathologische Untersuchung indes ist letztlich Frage an die Psychologie. An einem Beispiel möchte ich aufzeigen, daß innerhalb von Psychopathologie auch ganz ursprüngliche Erkenntnisse auftauchen können, welche für große Bewegungen in der Psychologie anstoß- und richtunggebend werden. Zugleich läßt sich, was hier nur in Andeutungen versucht werden kann, an diesem Beispiel die Mannigfaltigkeit der methodischen und geistesgeschichtlichen Verflechtungen, welche innerhalb von Psychopathologie und in ihrer Wechselwirkung mit Psychologie den Gang unserer Erkennt-

nisse bestimmen, zeigen. Dieses Beispiel ist das sog. „Regressionsgesetz“ von Hughlings Jackson. Die Bezeichnung übrigens scheint nicht von dem englischen Neurologen herzurühren. Zumindest nimmt sie Th. Ribot 1881 (*Les maladies de la mémoire*) für sich in Anspruch. Er gibt dieser loi de régression folgende Form: la destruction de la mémoire descend progressivement de l'instable au stable. Das „instable“ ist der Bestand jüngerer, noch nicht „stabil“ gewordener Erwerbungen. In dieser Formel Ribots sind alle jene Momente enthalten, welche heute in mannigfachen Anschauungen und Theorien eine große Rolle spielen. Die Zerstörung geht „von oben nach unten“ — elle descend — und trifft dabei auf verschiedene „Schichten“ („couches de la conscience“ ist auch ein Ausdruck, der sich schon bei Ribot findet); der jüngere Erwerb (l'instable) geht früher verloren als der ältere, was hier natürlich nur in ontogenetischer Hinsicht ausgesagt wird. Man könnte nun leicht die Fäden verfolgen, welche von dieser Konzeption aus einerseits, wahrscheinlich in direkter Anknüpfung an H. Jackson, zu den Auffassungen Heads führen, anderseits zu psychoanalytischen Formulierungen und über diese wieder in die Psychopathologie zurück (Schilder); eine andere Richtung der Einflußnahme dürfte durch die Namen Jackson — Arnold Pick — K. Goldstein bezeichnet sein. Nun verquickt sich bekanntlich dieser Gedanke der „Schichtung“ und der verschiedenen Dignität der einzelnen Schichten auch mit phylogenetischen und allgemeinentwicklungstheoretischen Vorstellungen; diese sind so sehr Gemeingut der Physiologie und Pathologie des Zentralnervensystems geworden, daß dies im einzelnen auszuführen völlig unnütz heißen darf. Es sei nur an die heute vielfach angenommenen Ansichten über den Aufbau der Willkürmotilität und den Einbau der (strio-pallidären und anderen) „automatischen“ motorischen Funktionen in ihr erinnert.

Die Idee einer „Schichtung“ zugleich mit der einer „Hierarchie“ der geschichteten Funktionen ist eine ursprünglich neuro-psycho-pathologischer Herkunft. Sie hat für die Psychologie in vielfacher Hinsicht Bedeutung gewonnen. Wenn etwa E. R. Jaensch seine Lehre von den „Schichten“ im Gedächtnis- oder Wahrnehmungsvorgang darlegt, so bewegt er sich bei aller Selbständigkeit seiner bedeutenden Untersuchungen in dem hier von Psychopathologie vorgezeichneten Gedankenkreise. Auch die Entwicklungspsychologie verdankt diesem Ansätze der Psychopathologie vielfache Anregung.

So furchtbar aber diese Konzeptionen sowohl für die Psychopathologie als auch für die Entwicklungspsychologie sein mögen, so

birgt deren Übertragung auf andere als die ursprünglich gemeinten Tatsachengebiete einige Gefahr in sich. Über diesen Punkt einiges wenigens anzumerken, dürfte nicht ganz unnütz sein. Die „Schichtenhypothese“, wie man sie kurz nennen kann, ist in ihren Anfängen sichtlich als ein zutreffendes räumliches Bild verstanden worden. (Das Raummoment klingt noch in der „topischen“ Betrachtungsweise der Psychoanalyse nach; man vergleiche das Schema in Freuds „Traumdeutung“.) Es verschmilzt indes dieses Bild, z. T. schon bei Ribot, mit hirnlokalisatorischen Ideen, so daß die „tiefere“ Schicht sich bald den „tieferen“ Zentren annähert. Die „tieferen“ sind aber auch die „älteren“, und diese Gleichsetzung von psychologischer und anatomischer Lokalisation wird gerade durch die Formel des „Regressionsgesetzes“ begünstigt. Nun kommt ein drittes Moment hinzu, die Vorstellung, daß die „ältere“ (tiefere, „subkortikale“) Funktion in der höheren, jüngeren, komplexeren irgendwie darinstecke. Die Beobachtungen, die H. Head „release of nervous function“ nennt, lassen zwei Deutungen zu; entweder kann man annehmen, daß die „tiefere“ Funktion von der „höheren“, so lange diese und die ihr dienenden Apparate leistungsfähig bleiben, vollständig unterdrückt sei und nur wiederum erscheine, wenn diese ausgeschaltet sind, oder aber, daß die „tiefere“ in die „höhere“ irgendwie eingehe, mit ihr zu einem komplexen Ganzen verschmelze, also sozusagen in ihr „darinstecke“. In der Neurophysiologie gibt es mancherlei Anhaltspunkte, welche die zweitgenannte Deutung nahelegen. Um nur die allerprimitivste hierher gehörige Tatsache anzuführen: Unterbrechung der Pyramidenbahn „gibt“ die Eigentätigkeit der motorischen Vorderhornzelle „frei“: posthemiplegische Spastizität; aber diese Eigentätigkeit wirkt sich doch auch, gehemmt oder gesteuert zwar von der motorischen Rinde her, bei intakter Pyramidenbahn aus in der Erhaltung des Eigentonus der Skelettmuskulatur. Dieser Tonus aber geht tatsächlich (ebenso wie die auf die gleichen Apparaturen zurückweisenden Eigenreflexe) in die Willkürhandlung ein. Also, wird man sagen, „steckt in“ der komplexen Erscheinung der Willkürinnervation die „primitive“ und „tiefere“ Funktion des spinalen Apparates (und ebenso natürlich der anderen „subkortikalen“ Apparate) „darin“. Es ist nicht unsere Aufgabe, hier zu untersuchen, ob und inwieweit diese Anschauungsweise vom Aufbau komplexerer und „höherer“ Funktionen in der Neurophysiologie berechtigt sei, ob sie nur als heuristische Hypothese gelten dürfe oder auf einen größeren Titel Anspruch erheben könne. Sie interessiert nur als die Ausprägung der „Schichtenhypothese“ in

morphologisch-physiologischer Richtung. Denn es gibt eine dieser Ausprägung durchaus analoge auch im Bereiche rein psychologischer Theorienbildung, welche — als einem ursprünglich in dem Bereiche der Pathologie entworfenen Ansatz entstammend — unsere Aufmerksamkeit auf sich ziehen muß.

Der Gedanke des „Darinsteckens“ des Elementareren, Älteren und dergleichen, im Komplexeren, später Erscheinenden ist ein der Entwicklungspsychologie durchaus geläufiger. Sowohl in jener Psychologie, welche sich mit der Entwicklung des Seelenlebens überhaupt in verschiedenen Altersstufen befaßt, als auch jener, welche die Entwicklung einzelner seelischer Vorkommnisse beschreiben will. Auf Einzelheiten da und dort kann nicht eingegangen werden. Gewisse Bedenken gegen derartige Auffassung von „Entwicklung“ einzelner seelischer Vorkommnisse (z. B. „Gedankenentwicklung“) habe ich schon vor Jahren auseinanderzusetzen versucht.

Das „Darinstecken“ erscheint innerhalb einer biologischen Entwicklungslehre darum ein so naheliegender (und heute fast „selbstverständlicher“) Gedanke, weil bei aller biologischer Entwicklung die Kontinuität des morphologischen Substrates, an und in dem sich die Funktion vollzieht, gegeben ist. Hier wird tatsächlich das Eine „aus“ dem Andern. Und man kann sich besonders mühelos vorstellen, daß die Eigenfunktion einer beharrenden Struktur ebenfalls beharre, auch wenn sie nicht als selbständige sichtbar werde, zumal dann, wenn sie gelegentlich — in Experiment oder Krankheit — sichtbar wird. Der Psychologie ist eine solche Kontinuität des Substrates nicht gegeben; die Zuordnung eigentlich seelischer Funktionen zu organischen Apparaten gelingt nicht. Denn die „Lokalisationslehre“ erlaubt doch nur festzustellen, daß dieser oder jener Apparat, Hirnabschnitt u. dgl. für den klaglosen Ablauf einer Funktion unentbehrlich, nicht aber, daß er der „Sitz“ davon sei. Ganz abgesehen davon, daß sich für die meisten seelischen Funktionen nicht einmal soviel behaupten läßt (an eine Lokalisierbarkeit z. B. des logischen Schließens zu denken, erscheint ganz unsinnig). Da kein Substrat vorliegt, ist es auch nicht möglich, ein „Werden aus“ unmittelbar zu verfolgen. Was man beobachtet, ist eine Sukzession von Funktionsweisen. Gewiß, es kommen „Übergangszeiten“ vor, in welchen die neue Funktionsweise aus der früheren „hervorzugehen“ scheint. Aber das ist doch nur eine Deutung, wenn zwar eine verlockende und unter dem Einfluß biologischen Denkens naheliegende. Diese gleiche Beobachtung ließe indes auch eine andere Interpretation zu; man könnte nämlich sagen, es komme ein Neues hinzu, trete allmählich

zutage und vermische sich zuerst mit dem Alten, bestehe eine Zeitlang neben ihm, um es schließlich völlig zu verdrängen und zu ersetzen. Stellte man sich auf diesen Standpunkt (und ich glaube, es ließe sich gar mancherlei zu seinen Gunsten beibringen), so bekäme „Entwicklung“ innerhalb psychologischer Begriffsbildung ein völlig anderes Gesicht. Dann aber wäre auch keine Möglichkeit mehr gegeben, von einem „Darinstecken“ des „Tieferen“ im „Höheren“ zu reden.

Es ist m. E. ein folgenschwerer Irrtum, den vielerlei Wissenschaften heute begehen, wenn man das durch einerlei Ausdruck Bezeichnete (und dazu zwingt sowohl die Armut der Sprache, wie eine gewisse Gesetzlichkeit des Seins) als ident ein und dasselbe auffaßt. Entwicklung bedeutet m. E. in Biologie, Psychologie, Geschichte usw. je ganz Verschiedenes. Wir sprechen auch von der Entwicklung eines Gedankenganges oder eines mathematischen Beweises, ohne daß uns diese Entwicklung mit der in Biologie gemeinten gleichzusetzen die Versuchung anwandelte. Ich glaube, viele Wissenschaften, und nicht zuletzt Psychologie und Psychopathologie, sind an einem Punkte angelangt, an dem nichts so nottut, wie die Besinnung auf die kategorialen und methodischen Grundlagen. Ohne eine Klärung in dieser Hinsicht werden sich diese Disziplinen in ein heilloses Wirrsal verstricken. Augenblicklich ist die „Philosophie“ der Psychopathologie und Psychologie oder, wenn man will, die Wissenschaftstheorie dieser beiden, ein dringendes Erfordernis. Wer freilich glauben möchte, daß die Aufgabe solcher Untersuchung durch bloße Festsetzungen und Zuordnungen gelöst werden könne, täte besser daran, davon abzustehen.

Denn Psychologie und Psychopathologie haben es mit Erscheinungen zu tun, in denen sich das Sein des Menschen unmittelbarer und unverhüllter ausspricht, also sonst irgendwo. Es ist kein sinnloser Zufall, daß gerade Psychologie sich am spätesten unter den empirischen Wissenschaften aus dem engen Verbande mit Philosophie gelöst hat, auch nicht, daß Untersuchungen über krankes Seelenleben noch im 18. Jahrhundert unter dem Titel: „Der philosophische Arzt“ erscheinen konnten. Es ist auch bedeutungsvoll, daß der Mann, der als erster eine systematische Philosophie der Medizin zu entwerfen versuchte, einer war, dessen Hauptinteresse den Geisteskrankheiten galt, J. F. Pinel, und daß Psychologen wie Psychiater immer eine starke Neigung zu Philosophie und Metaphysik bekundeten. (In dieser Hinsicht sind die von C. Murchison gesammelten Lebensbeschreibungen bedeutender Psychologen sehr aufschlußreich: A

History of Psychology in Autobiography, 1930.) Das Leib-Seele-Problem mag einem, der darüber nur nachdenkt, vielleicht (obzwar m. E. auch dann zu Unrecht) als ein Scheinproblem vorkommen; dem Psychologen, dem Psychiater vor allem, dem es in der Konkretheit des lebenden, schaffenden, leidenden Menschen begegnet, ist es keins.

Es stünde uns schlecht an, wollten wir bei Erörterung unseres Themas an diesem Problem völlig vorbeigehen. Es in seinen verschiedenen Aspekten aufzurollen, ist hier freilich nicht Ort und nicht Zeit. Aber es ziemt sich, zumindest mit einem Worte der Bedeutung zu gedenken, die eine gerade hier in Wien vollbrachte Großtat der rein klinischen Psychiatrie auch für die theoretische Psychologie gewinnen muß. Die Entdeckung der Malaria-Therapie der progressiven Paralyse durch Wagner-Jauregg ist nicht nur eine unschätzbare Bereicherung der an Heilmöglichkeiten nicht gerade überreichen Psychiatrie, nicht nur bewunderungswürdig als Resultat unbeirrten folgerichtigen und unermüdlichen Forschens auf Grund einer bedeutenden Einsicht, sondern sie eröffnet auch einen wichtigen Ausblick auf die Grundlagen von Psychologie und die Auffassung von menschlicher Person überhaupt; sie zeigt uns auch, daß nicht nur Psychopathologie als Erforschung kranken Seelenlebens, sondern auch klinische Psychiatrie im strengen Verstande der Psychologie Einiges, Großes sogar, zu geben habe.

Denn die Erfolge der von Wagner-Jauregg inaugurierten Malariatherapie haben uns die erschütternde Tatsache vor Augen geführt, daß die zerfallene, kaum noch zu erkennende Persönlichkeit sozusagen wieder zu sich selbst zurückzufinden vermöge, daß auch Krankheit, und treffe sie die höchsten Funktionen und Einrichtungen des Organismus, das Wesen der menschlichen Person nicht zu zerstören imstande sei. Krankheit hindert wohl den innersten Kern der Person, das eigentlich Wesenhafte im Menschen an Entäußerung, am Durchbruch sozusagen in die Wahrnehmbarkeit, aber sie kann dieses Wesenhafte nicht vernichten. Der Mensch und sein Seelenleben, das ist die große Lehre dieser Erfahrung, sind mehr wie seine Hirnrinde.

Vor hundert und etwelchen Jahren soll der große S ö m m e r i n g den Ausspruch getan haben, er habe das ganze Gehirn durchforscht, und die Seele nicht gefunden. Wir dürfen heute dieses Wort in gerade der damaligen entgegengesetzten Auffassung aufgreifen. Auch wir haben das Gehirn durchforscht und die Seele dort nicht gefunden.

Psychopathologie und Religionspsychologie¹⁾.

Von

Univ.-Prof. Dr. theol. et phil. KARL BETH,
Wien.

1.

Die Religion ist eine psychische Erscheinung und zwar eine überaus wichtige Determinante des menschlichen Lebens, nämlich die metabiontische Determinante in dem Sinne, wie das hernach genauer zu bestimmen sein wird. Ob diese Determinante beziehungsweise der religiöse Prozeß als solcher gesund oder krank verläuft, das bedeutet sonach psychische Gesundheit oder Krankheit. Insofern sind also, wie wir gleich hier sehen, Religionspsychologie und Psychopathologie aufeinander angewiesen. Aber die außerordentlich schwierige Frage, wann gesunde und wann kranke Religion vorliegt, was gesunde und was kranke Religion ist, ist für keine dieser beiden Wissenschaften gelöst und auch beim gegenwärtigen Stande dieser Wissenschaften nicht lösbar. Dadurch ergibt sich eine weit engere Gemeinsamkeit beider, sofern sie nur in vorsichtiger Zusammenarbeit auf die Findung der Gesichtspunkte hinarbeiten können, die zur Beantwortung jener Frage führen mögen. Zunächst sind Psychopathologie und Religionspsychologie darauf angewiesen, jeden einzelnen Fall daraufhin zu untersuchen, ob die Religiosität das Prädikat der Gesundheit in Anspruch nehmen kann. In der Wissenschaft von der Religion wird man nur mit allergrößter Zurückhaltung den Begriff gesunder Religion im Sinne der sein-sollenden verwenden. Der Religionsforscher steht, zumal wenn er als Psycholog an die religiösen Erscheinungen herantritt, vor einer so überwältigenden Fülle von recht verschiedenen Erscheinungen der Religiosität, daß er der Aufforderung, dieselben nach dem Wertmaßstab des Seinsollens oder Nichtseinsollens zu beurteilen und zu klassifizieren, widerstehen muß. Denn der Forscher hat sich dieser Fülle als einer einfachen Gegebenheit zu überliefern, um die darin hervortretende Variationsbreite des Phänomens Religion festzustellen und die in der Fülle der Variationen selbst ihm entgegentretenden Formen zunächst auf ihren Gehalt zu untersuchen. Und das gilt nicht nur für die Religion ganz im allgemeinen als menscheitsgeschichtliche Erscheinung, d. h. für die mannigfachen historisch und ethnographisch auftretenden Religionen, sondern es gilt auch für die Untersuchungen innerhalb eines bestimmten Einzelgebietes von histo-

¹⁾ Auf die Hälfte gekürzt.

risch wirklich gewordener Religion, also zum Beispiel innerhalb der uns nächstliegenden Religion, des Christentums. Denn die historisch gegebene christliche Religion ist Anlaß zu einer großen Reihe von Prägungen der Religiosität geworden, die sowohl als gemeinschaftliche wie auch als individuelle in die Erscheinung tritt.

Trotzdem ist ohne irgendeinen Maßstab der Beurteilung nicht auszukommen, weil gewisse Formen der Religiosität unweigerlich jenseits irgendeiner Grenze des Seinsollenden sich zu bewegen scheinen. Ganz augenscheinlich ist das der Fall, wenn im Verlaufe einer geistigen Erkrankung eigentümliche Bildungen der Frömmigkeit auftreten, z. B. bei religiösem Wahnsinn oder in der religiösen Haltung der Epileptiker oder Schizophrenen. Finden wir nun aber solche und ähnliche auffallende Formen religiöser Haltung oft auch, wo von psychischer Erkrankung überhaupt keine Rede sein kann, so ist alsdann für den Religionspsychologen die Aufgabe gesetzt, die Art der Sonderbildung zu erkennen und also auf diese Weise einen Unterschied von normaler und abnormer Religiosität herauszufinden. Dabei kann er nicht ohne ein an die Religiosität anzulegendes Kriterium auskommen. Dies Kriterium ist aber auch für den Psychopathologen von Wert, der vom Gesichtspunkt seiner Betrachtung aus keinen Anlaß hatte, auf eine psychische Erkrankung zu schließen, jedoch für manches sonderbare Verhalten des Individuums nun durch das Urteil des Religionspsychologen einigen Aufschluß erhält.

Aber an dieser Stelle ist sehr zu beachten, daß in einem Fall wie dem eben angenommenen nicht von einem Kriterium für k r a n k - h a f t e Religion zu sprechen die Berechtigung vorlag, sondern nur von einem Kriterium für eine v o n d e r N o r m a b w e i c h e n d e Religiosität. Der Begriff normaler Religion oder Religiosität enthält bei seiner wissenschaftlichen Verwendung nicht das Merkmal des Seinsollens, und der Begriff abnormer Religion oder Religiosität nicht dasjenige des Nichtseinsollens. Vielmehr ist der Begriff vermöge derselben Anschauung gebildet wie der Begriff normalen Verhaltens überhaupt.

Um aber gesunde von kranker Religion zu unterscheiden, sind andere Erkenntnismittel einzusetzen, an deren Auffindung und Anwendung die Psychopathologie und Religionspsychologie wechselseitig beteiligt sind. Es ist ja an sich denkbar, daß die einer ganzen Gruppe zugehörige und von ihr lebhaft geübte Religion krankhaft ist. Andererseits ist eine von der Normalität einer Gruppe abweichende Religion nicht um dieser ihrer Abweichung willen krank. Vielmehr ist sehr zu beachten, daß persönlich-lebendige Religiosität

immer aus dem Gesamtrahmen herausfällt, da sie einen Faktor beherbergt, der durch den Gruppenfaktor allein nicht bestimmbar ist. Da tauchen Möglichkeiten auf, wo die Betrachtung des Psychologen und des Pathologen sich von Haus aus auf verschiedene Weise dem Objekt Religion nähern und erst dann sich zusammenfinden, wenn sie sich in ihren Urteilen unterstützen und die Koordinate finden wollen. Während der Psychopatholog als Patholog im allgemeinen damit rechnet, daß eine Abnormität etwas Krankhaftes ist, so bedeutet im Gebiet des religiösen Lebens die Abnormität nicht selten etwas recht Gesundes, das über die Normalität und Durchschnittsreligion hinaus gesund ist. Das Kriterium für die Gesundheit der Religiosität ist nur darin zu finden, daß sie die Qualität und Vitalität der ganzen menschlichen Psyche folgerecht für die Ausgestaltung des metabiontischen Seins des Menschen benützt und dadurch der psychischen Qualität und Vitalität selbst förderlich wird. Das heißt aber, daß das Kriterium für die Krankhaftigkeit einer Religiosität eben dort zu finden ist, wo das Kriterium für das Psychopathische überhaupt liegt, nämlich in der Strukturdurchbrochenheit, in der Ungeschlossenheit und Uneinheitlichkeit der psychischen Gesamtstruktur. Infolge der Jugend der Religionspsychologie fehlt es jedoch so gut wie ganz an der zureichenden Beobachtung von Einzelfällen, die zur Handhabung dieses Kriteriums nötig ist. Wir behalten es im Auge, wenn wir die beiden Hauptgesichtspunkte erörtern, unter denen die Religiosität zum gemeinsamen Gegenstand von Psychopathologie und Religionspsychologie wird, nämlich:

1. Wollen beide erkennen, unter welchen Begleitumständen Religion als psychopathischer Zustand heraustritt, so ist zu untersuchen, in welchem Grade die im Ablaufe psychopathischer Zustände und Prozesse sich äußernde Religionsumbildung, die als solche die Qualität und Vitalität des psychischen Seins beeinträchtigt, eigentümliche Züge an sich trägt und welche Art ursächlicher Beziehung zwischen der psychischen Erkrankung und der in Mitleidenschaft gezogenen Religion stattfindet. Hier stellt sich die religionspsychologische Untersuchung auf den Boden, den die Psychopathologie erarbeitet hat und sucht ihre eigenen Feststellungen denen der anderen Wissenschaft an- und einzufügen.

2. Umgekehrt gibt es aber psychopathische Zustände, die zum nachweisbaren Ablauf eine eigentümliche Gestaltung der Religion im Individuum haben. Das sind Fälle, in denen durch erst näher zu prüfende Umstände die Religion eines Individuums eine irgendwie fehlerhafte, für seinen psychischen Zustand nachteilige Ausbildung

erfahren hat oder zurückgedrängt worden ist und wo der so eingetretene Verkümmernszustand zum Erreger oder Miterreger des psychopathischen Zustandes geworden ist. Hier leiht die Religionspsychologie der Psychopathologie ihre Dienste und gewährleistet den Weg zu richtiger Diagnose.

Vielfach ist man genötigt, erst sorgsam zu entscheiden, welcher der beiden Fälle (1 oder 2) vorliegt: ob eine psychogene pathologische Religionsumbildung oder eine religiogene Psychopathie.

2.

Man wird bei der heute gebotenen Gelegenheit vom Religionspsychologen nicht erwarten, daß er sich zum ersten der beiden genannten Gesichtspunkte ausführlich äußert. Nur ganz kurz einiges! Auffälliges religiöses Verhalten, wie es sich infolge von Epilepsie, Hysterie oder bei den manisch-depressiven Äußerungen des Zykllothymikers einstellt, beachtet der Religionspsychologe sehr angelegentlich, weil es ihm die vergleichsweise gegebenen quantitativen und qualitativen Abstufungen darbietet gegenüber „normalem“ religiösem Verhalten, und einige bei solchen Abweichungen tätige besondere Motivationen studieren lassen. Wenn der epileptische Schwachsinn jenen Grad der Frömmerei zutage fördert, in dem es sich statt um echte Frömmigkeit um Aufbauschung von traditionell angenommenen Anschauungen und Übungen handelt, so gewinnt der Forscher aus diesen Bildern immerhin Gesichtspunkte und Blickrichtungen betreffs der Gewahrung und Beurteilung sowohl der einfachen krankhaften Abirrungen als auch des Unterschieds zwischen gesunder und krankhafter Frömmigkeit. Vor allem geben aber die Vergleiche typischer Vorkommnisse bei Epileptikern und Hysterischen, zumal die diesen beiden gemeinsamen Halluzinationen, Gelegenheit, die fundamentale Verschiedenheit dieser beiderseitigen Erregungserscheinungen unter sich zu studieren und von da fortzuschreiten zum Vergleich mit ähnlichen Phänomenen bei psychisch normal erachteten Personen, somit also einen kritischen Maßstab der Unterscheidung von verschiedenartig motivierten Halluzinationen zu gewinnen.

Sind es nun namentlich Hysterische, bei denen Ekstasen und Visionen und Auditionen in größerer Häufung auftreten, so entsteht dadurch für den Religionspsychologen die Aufforderung, aus seiner Rüstkammer eine Fülle von Beispielen herbeizubringen, mit denen erläutert werden kann, wie sich das ekstatische Moment bei gesunden und kranken Religiösen zueinander verhalte. Dabei ergibt sich, daß zwischen Ekstase und Ekstase, zwischen Vision und

Vision wohl zu unterscheiden ist, daß diese Zustände an sich nicht für Gesundheit oder Krankheit ausschlaggebend sind.

Dies einzusehen und festzuhalten ist um so notwendiger, als man sich auch schon aus anderen Gründen, infolge der mannigfachen Schattierungen hysterischer Phänomene, veranlaßt gesehen hat, von hysterioiden neben hysterischen Zuständen zu sprechen, wennschon es nicht möglich schien, die Grenze zwischen beiden genau zu bestimmen. Jetzt scheint also auch geboten, vorsichtig zu sein, um nicht Hysterie oder Hysterioidie festzustellen allein auf Grund von visionären, auditionären, ekstatischen Erlebnissen und etwa noch einer mit ihnen, selbstverständlich, verbundenen Überspannung des religiösen Gemüts und der religiösen Phantasie. Deutliche klinische Bilder sprechen natürlich für sich selbst. Auf der anderen Seite hat jedoch die Religionspsychologie Kenntnis von deutlichen Bildern von Ekstasen, die sie nicht als krankhaft gelten lassen kann, weil sie beobachtet werden bei lebhaft religiösen Individuen, deren Psyche den Eindruck des Normalen erweckt und in deren Gesamtstruktur sich derartige Ekstasen als etwas Folgerichtiges einfügen, durch das die Geschlossenheit und Finalität des Individuums verbürgt erscheint. Sehr gefährlich erscheint daher die Voraussetzung, daß eine hochgradig gesteigerte Religiosität, in der dem Menschen Größen der religiös-unsinnlichen Welt gleichsam in sinnfälliger Greifbarkeit begegnen, sofort in die Gruppe krankhafter religiöser Phänomene zu verweisen sei.

3.

Etwas länger muß ich mich bei Erscheinungen des zweiten Gesichtspunktes aufhalten, d. h. denjenigen, in welchen die Religion selbst als die unmittelbare Ursache der Abnormität oder Erkrankung angesehen werden muß. Um sie zu verstehen, muß man sich darüber klar sein, daß die Religion als psychisches Bestandteilstück eines Menschen nicht für sich untersucht werden kann, d. h. nicht isoliert heraus aus dem Ganzen eines menschlichen Seelenlebens, daß vielmehr die eigentümliche religiöse Haltung des Individuums etwas Integrierendes in seinem Wesen ist. Und ein Zweites ist von vornherein zu beachten: es sind nicht in erster Linie die Gesetzmäßigkeiten des Trieblebens, die in der Bildung der Religionsformen sich auswirken. Hier eröffnet sich ein weites Feld für Forschungstätigkeit, das bisher noch so gut wie ungeackert ist. In den letzten Jahrzehnten haben wir, vor allem unter Vorantritt der Psychoanalyse Freuds, darauf achten gelernt, daß die Gesetzmäßigkeiten des

Trieblebens für die Gestaltung des Charakters eine hohe Bedeutung einnehmen. Gerade die tiefsten, kaum ins Bewußtsein heraustretenden energetischen Quellen persönlichen Lebens sind es danach, denen die stärksten determinierenden Einflüsse auf die Formung des Charakters zukommen, und diese tiefsten Schichten sind von der Psychoanalyse als das Triebarsenal beschrieben worden. Nun aber strömen uns in der psychologischen Analyse der Religiosität noch ganz andere psychische Kräfte entgegen, die für sie integrierender und mehr ursächlich sind. Wir gewahren da eine Dynamik, die nicht ausschließlich vom Triebleben gespeist und in Tätigkeit gesetzt wird, sondern von anderen Regungen, die wir gegenwärtig zum Triebleben nicht einmal in ein positives Verhältnis zu setzen vermögen. Eine Dynamik der Seele tritt hier hervor, die durch das Zusammentreffen des Ich und eines Es in Tätigkeit gesetzt wird. Die ganze Geschichte der Religion zeigt uns dies Nebeneinander des Triebfaktors und jenes anderen, den wir vorläufig als den Ich-Es-Faktor bezeichnen wollen.

In dieser gegenüber dem Triebleben selbständigen seelischen Dynamik äußert sich die Religion als eine psychische Ganzheit für sich, die nicht durch Ableitung aus anderen seelischen Funktionen begreiflich wird, sondern in ihrer vollen Eigenart begriffen werden will. Denn das ist die Eigenart des religiösen Menschen, daß er ein anderes als das den physikalisch-physiologischen Quellen entspringende Leben neben jenem zu besitzen und zu leben weiß. Er ist derjenige Mensch, welcher seine Existenz in einer physiologisch unabhängigen Seinsweise verankert weiß. Religion ist ein metabiontischer Prozeß, d. h. ein Prozeß, in dem sich ein Teil dessen abspielt, was das Geschehen des ganzen Universums bewirkt und sich daher nur hinter allem sinnfälligen Geschehen kundgeben kann. Der religiöse Mensch lebt in jenen Hintergründen alles Lebens, in denen die Urenergie alles Existierenden gleichsam noch ungeteilt wirksam ist, aus welcher er sein Sein selber als ein anderes gegenüber dem physiologisch bestimmten, das ihm als gänzlich unvollkommen erscheint, erfaßt. Seiner Eigenart nach kann er sich nur dann wohlfühlen, wenn er seine Religiosität so entfalten kann, daß sie die Sicherheit in und über allen Lebenslagen gibt.

Nun beobachten wir aber, daß die Religion nur einen bescheidenen Platz in der Gesamtlebenshaltung der meisten Menschen einnimmt und daß selbst dort, wo sie scheinbar stark betont wird, andere Rücksichten, die der physiologischen Seinssphäre zugehören, die Dominanten sind. Weil wir so die Religion nur als schwachen Faktor

im großen Getriebe der menschlichen Verhältnisse zu beobachten gewohnt sind, so kommt es, daß, wo sie einmal als wirkliche Dominante erscheint, man den Eindruck der Überspanntheit, Verschrobenheit, Exaltiertheit empfängt und daß ganz folgerecht dann der Psychiater von seinem Standpunkt geneigt ist, einen nicht nur abnormen, sondern pathologischen Zustand anzunehmen. Wo infolge besonderer Erscheinungen zweifelhafte Fälle vorliegen, hat der Religionspsychologe zunächst ebenso wie der Psychopathologe, um in das Wesen und die Genese des fraglichen Zustandes einzudringen, die gesamten Lebensumstände der Person zu untersuchen. Dann aber muß er ihrem inneren Erleben mit einer Art persönlicher Anteilnahme nachgehen, d. h. nachzuerleben versuchen. Es handelt sich um die Einfühlung in das fremde religiöse Seelenleben, um dabei an den Punkt zu gelangen, an dem die religiöse Sonderbildung einsetzt. Die überaus schwierige Aufgabe, den verschlungenen Gängen eines individuellen Seelenlebens nachzuspüren, kann er nur lösen, wenn er in langwierigen Beobachtungen unter selbstverleugnender Hingabe an die Person zum mit- und nachfühlenden Genossen wird. Er ist als praktischer Psycholog zugleich Sympatholog. Ich brauche nicht weiter auszuführen, wie eng sich die Arbeiten der Psychopathologie und Religionspsychologie hier berühren, möchte jedoch zur Erläuterung des häufigen Ineinandergreifens der beiderseitigen Aufgaben ein Gebiet religiös-psychischer Abwegigkeiten besprechen, dessen Fälle vor das Forum der Psychopathologie erst dann zu kommen pflegen, wenn schon eine ausgereifte Sonderbildung, unter der die Umgebung zu leiden beginnt, vorliegt, an der die Genese nicht mehr leicht zu erkennen ist, während eben diese Fälle dem Religionspsychologen oft schon in ihren Frühstadien bemerkbar sind. Ich meine die Fälle, wo ein Individuum — und das betrifft gerade die religiös stark erregten! — durch die Einwirkungen seines Milieus oder entgegengesetzter Weltanschauungen in eine konfliktreiche Problematik gerät. Wir dürfen da von einem spezifischen Welt- und Lebensanschauungs-Trauma sprechen, das zu einer krisenhaften seelischen Erschütterung führt. Eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiche Beobachtung ist bei derartigen Erscheinungen, daß der Beobachter selbst die in Frage kommenden welt- und lebensanschaulichen Einstellungen kennt und zu ihnen persönlich eine verständnisvolle Haltung einnimmt. Man muß gelernt haben, auf die feinen Abweichungen individueller Religiosität zu achten. Man hat zu überlegen, ob das Anfangsstadium einer späteren Neurose mit religiösem Grundton schon in einer dauernden Überbetonung

eines Einzelzuges, einer einzelnen Lehre oder Anschauung zu finden sei und worin diese Eigentümlichkeit ihren Grund habe. Wieder und wieder findet sich, daß die zu starke Betonung eines Sonderstückes, an das alles Weitere gehängt wird, in dem wohl gar das Ganze der Religion erblickt wird, auf ein Gemütstrauma schließen läßt. Wie jedes Ressentiment einen wunden Punkt anzeigt, den jemand zu verdecken hat, so bedeutet die religiöse Verstiegtheit den (bewußt oder unbewußt gemachten) Versuch, eine innere Unsicherheit zu verkleben. Die meisten innerlich entmutigten Menschen suchen ihre Haltlosigkeit vor sich und anderen dadurch zu verheimlichen, daß sie sich vor der Welt und vor sich selbst in einem auffälligen Sonderpunkt zur Geltung zu bringen trachten.

So bemäntelt der religiös sein Wollende, wenn er sich gleichwohl in seiner religiösen Position schwach fühlt, seine Unsicherheit etwa durch Akte auffälligen Niederkniens. Er flieht aus der Breite religiöser Lebenseinstellung, weil er ihr nicht gewachsen ist, durch den Rückzug auf ein äußerliches Verhalten oder einen Lehrpunkt. In seiner Psyche wird leicht infolge der nur maskierten Unsicherheit eine Spaltung hervorgerufen.

Eine phänomenologisch andere, aber psychologisch sehr ähnliche Erscheinung ist die Unreligion, wie sie sich im Verlaufe derartiger Entwicklungen einzustellen pflegt. Die Psychopathologie hat mit ihr in der Form der hysterischen Unreligion zu tun oder mit dem in der Depression oder in schizophrener Wahnidee sich einstellenden Glaubensschwund, z. B. dem von Hellpach beschriebenen Religionsverlust in den schwachsinnartigen Endzuständen jugendlichen Irreseins; die Religionspsychologie geht ihr auch in allen ihren vielen Formen nach, die nichts auffällig Krankhaftes an sich zu tragen scheinen, aber nach dem Urteil des religiösen Menschen krankhaft sind. Ich spreche jetzt nur von einer dieser Formen, von derjenigen, welche erfahrungsgemäß leicht in die pathologische Struktur hinübergleitet = von der auf Selbsttäuschung beruhenden Unreligion.

Diese seelische Haltung wird zumeist so eingeleitet, daß die bewußt rationalen Schichten der Seele die Metabiontik abwehren, während letztere von den tiefer liegenden Schichten bejaht wird. Der rationale Seelenbestand bringt eine Art Trieb gegen das Metabiontische hervor, der, wenn nicht von anderer Seite paralyisiert, eine Absperrung der tieferen Schichten bewirkt. Nehmen wir zur Vereinfachung an, es seien autoritativ wirkende unreligiöse Umgebung und mangelhafte religiöse Unterweisung in der Ätiologie des Zustan-

des aufweisbar; die so kausierte Amblyopie oder Skotomisation bestimmen dann das ganze seelische Verhalten wider die Metabiontik. Da aber diese Unreligion, die unter dem Einfluß fremder Unreligion entstanden ist, nicht echt ist, bedeutet sie für das Individuum eine Abnormität; und weil sie nicht „seine Unreligion“ geworden, leidet es unter ihr. Je länger je mehr entwickelt sich daraus ein Zustand des Gespaltenseins, der behoben werden muß, was jedoch nur durch ein verständnisinniges Eingehen auf seine religiösen Bedürfnisse geschehen kann. Es wird nicht selten bei derartigen Fällen dazu kommen, daß Psychopathologie und Religionspsychologie gemeinschaftlich zu arbeiten haben.

Der Zeichenverkehr beim Menschen und bei den Tieren.

Von

Prof. Dr. K. BÜHLER,
Wien.

Der Vortragende definiert den Begriff des Signals und zeigt an Beispielen, daß Signalfunktionen im Benehmen der Tiere bis hinab zu den Einzelligen nachgewiesen sind. Hier sind die Signale noch nicht spezifisch auf das Gemeinschaftsleben zugeschnitten. Signale im Dienste des Gemeinschaftslebens finden sich in reicher Ausgestaltung bei Termiten, Ameisen, Bienen. Symbole im prägnanten Sinne des Wortes sind einstweilen nur beim Menschen wissenschaftlich nachgewiesen. Die Darstellungsfunktion der menschlichen Sprache ist das Feld, wo sie ihren höchsten systematischen Ausbau erfahren haben.

Die Ausführung dieses schematischen Aufrisses ist ein Kapitel der Sprachtheorie; der soziologische Aspekt ist einer von den drei Grundaspekten, unter denen man die Sprache behandeln muß, um sie theoretisch vollständig zu erfassen.

(Autoreferat des Vortragenden.)

(Aus der Privatklinik für Nervenkrankheiten München-Thalkirchen.)

Arbeitswissenschaft und Psychopathologie.

Dargetan an der Begutachtung der Erwerbsminderung.

Von

Dr. med. et phil. W. ELIASBERG,
leitender Arzt.

Das Thema vereinigt die Begriffe Arbeitswissenschaft und Psychopathologie. Das hat, wie schon die Übersicht der anderen auf dieser Tagung behandelten Themen zeigt, einen äußeren Grund. Der jubelnde Verein stellt die Beziehungen und Auswirkungen der Psychopathologie zur Diskussion, so wie man Wirkung und Werk eines Jubilars der Wissenschaft als schönste Ehrung zu seiner Feier vor ihm ausbreitet.

Greifen wir die Veranlassung auf und versuchen wir uns über die Artung der Begriffe klar zu werden, die hier einander gegenübergestellt sind. Arbeit und Arbeitswissenschaft sind sozusagen archaische Begriffe; durch die Jahrtausende hindurch ist Arbeit erlebt und ihrem Wesen nach gefühlt worden. Als dann eine Arbeitswissenschaft auftrat, da war es eigentlich ihre vornehmste Aufgabe, nach einer kurzen Periode naturwissenschaftlicher Abstraktionen nun gerade das Lebensnahe, das „Wesentliche“ der Arbeit, wissenschaftlich zu erfassen. Freilich ist die Arbeitswissenschaft ein später Zweig der Erkenntnis. Aber eben darum hat sie auch sehr bald die Verpflichtung herausgeföhlt, in ihren Begriffen das Wesentliche der Arbeit nicht zu vergewaltigen.

Wir geben eine kurze Übersicht der wesentlichsten Richtungen der Arbeitswissenschaft (vgl. Eliasberg: Richtungen und Entwicklungstendenzen in der Arbeitswissenschaft, Arch. f. Soz. Wiss. und Soz. Politik, Bd. 56, H. 1, 1926). Nach der ersten Psychologie des arbeitenden Menschen, welche Karl Marx in seinem „Kapital“ gegeben hat, folgten etwa folgende Richtungen:

- a) naturwissenschaftlich quantitative Abstraktionsrichtungen, mit dem Ziel der Gewinnung der Arbeitskurve, d. h.
 - 1. der quantitativen Messung der Arbeitsleistung,
 - 2. der Prognose der Persönlichkeitskonstanten (Kraepelin).

Die allgemeine wissenschaftliche Bedeutung dieser Richtung hat Max Weber untersucht in: Psychophysik der industriellen Arbeit. Arch. f. Soz. Wiss. Bd. 27—29, 1908—09; sowie Eliasberg, „Arbeit und Psychologie“, Arch. f. Soz. Wiss., Bd. 50, 1922.

- b) Die geisteswissenschaftlich-individuelle Abstraktionsrichtung (Schmoller),
 - 1. die heroische Betrachtungsweise,
 - 2. die sozialen Betrachtungsweisen,

α) die idealistisch soziale (W. H. Riehl),

β) die materialistisch soziale Betrachtungsweise (K a r l M a r x).

Diesen Richtungen wird hauptsächlich die Einsicht in das Wesen der historischen Arbeitszusammenhänge, d. h. der Berufe und der Berufsstände verdankt. An die individuelle Forschungsrichtung schließt auch die Arbeitspathologie an (Eliasberg).

c) Die wirtschaftswissenschaftliche Abstraktionsrichtung; die Psychotechnik.

Sie betrachtet den Arbeitenden als Betriebsfaktor und versucht den Ertrieb (von Gottl-Ottilienfeld) dieses Betriebsfaktors durch zweckmäßige Auslese und durch gegenseitige Anpassung des Menschen, der Werkzeuge und der Betriebsvorgänge zu steigern. Eine ausführliche Darstellung und Kritik der Psychotechnik habe ich im Arch. f. Soz. Wiss., Bd. 56, gegeben, wiederholt hat auch Fritz Giese: „Zur Theorie und Kulturphilosophie der Psychotechnik“ sich geäußert. Endlich habe ich

d) eine Motivationstheorie als allgemeinste und die Ergebnisse alle anderen umfassenden Richtungen herausgearbeitet.

Die Psychopathologie hat einen ganz anderen Entwicklungsgang genommen. Freilich hat auch das krankhafte geistige Geschehen durch die Jahrtausende hindurch das Sinnen der Menschen erfüllt, doch mehr mit heiliger Scheu als in erkennender Absicht. Als dann die Psychopathologie sich als Wissenschaft konstituierte, da fand sie im Gegensatz zur Arbeitswissenschaft nur wenig unmittelbares, vorwissenschaftliches Erkennen vor. Darum ist die Psychopathologie viel mehr als die Arbeitswissenschaft eine durch ihre Methoden und nicht durch das Eigenleben des Gegenstandes bestimmte Disziplin geworden. Die Psychopathologie im Anschluß etwa an Wundts physiologische Psychologie ist etwas ganz anderes als die aus der Klinik und vielleicht eben so sehr aus den scharfblickenden Deskriptionen der Phänomenologie erwachsene Psychopathologie.

Im Grunde liegt freilich nur ein gradueller Unterschied vor. Jede Wissenschaft steht zu ihrem Gegenstand in einer methodisch erzwungenen Distanz. Aber gerade in der modernen Wissenschaft, wenn wir als modern nicht mehr das Zeitalter der Naturwissenschaften, sondern der Wissenschaft vom Menschen bezeichnen wollen, ist die Sachlage so, wie wir es für die Arbeitswissenschaft eben geschildert haben. Man denke etwa an die Staatsrechtswissenschaft, an die Pädagogik, an die Kunstwissenschaft, an die Religionswissenschaft z. B., überall sind die Gegenstände geformt durch Jahrtausende tiefsten eigenartigen vorwissenschaftlichen Lebens und Erlebens. Und als sich die Wissenschaft ihrer bemächtigte, fühlte sie in stärkstem Maße die Verpflichtung, die Methode dem Gegenstand anzupassen, nicht umgekehrt. Das Kantsche Ideal, die idea-

listische Schöpfung des Gegenstandes, ist für diese Gruppe von Wissenschaften nicht eben belangvoll. Ihnen geht das eigene Leben des Gegenstandes über alles.

So sehen wir in der modernen Wissenschaft drei Einstellungen am Werke:

1. den Positivismus, welcher die Tatsachen feststellen will;
2. den Idealismus, welcher die Tatsachen in einen von den Tatsachen unabhängigen theoretischen Zusammenhang einstellt;
3. die Wesensbetrachtung, welche nicht von den Tatsachen und nicht von der Erkenntnistheorie, sondern von der Erfassung des Wesensgehaltes (nach Sinn und Wert) der Tatsachen spricht.

Diese einigermaßen abstrakten Betrachtungen sollen nun an einem, für die Psychopathologie gleichermaßen bedeutsamen, Problem alsbald Anschaulichkeit gewinnen. Wir betrachten das Verhältnis von Psychopathologie und Arbeitswissenschaft an dem Problem der Begutachtung der Erwerbsminderung. Freilich werde ich nicht jedesmal pedantisch mit dem Finger hinweisen, welche der drei Betrachtungsweisen gerade besprochen wird. Es mag genügen, wenn wir sie zum Schluß vereinigen können.

Die Erwerbsminderung, soweit sie für die Sozialversicherungsgesetzgebung von Wichtigkeit ist, wird bekanntlich als Folge eines im Zusammenhang mit dem Betriebsgeschehen entstandenen Körperschadens definiert. Wie in der Spruchpraxis sich sehr bald ergeben hat, gehören hierher auch geistige und seelische Störungen. Unter den in Frage kommenden Schäden sollen uns im folgenden die funktionellen, unter diesen wiederum die psychogenen und mit einer weiteren Spezifikation die hysterisch-psychogenen beschäftigen, und zwar deswegen, weil gerade an den hysterisch-psychogen-funktionellen Störungen gewisse Seiten des Problems besonders deutlich werden, welche andererseits bei allen Störungen und zwar auch bei den grob automatisch verursachten, von Bedeutung sind.

Unter funktionellen Störungen kann man zweierlei verstehen:

1. von der pathologisch anatomischen Betrachtungsweise herkommend etwas rein Negatives, nämlich das Fehlen einer nachweisbaren *sedes morbi*. Hierbei ist übrigens zu bemerken, daß, wenn man unter diesem Gesichtspunkt das manisch-depressive Irresein eine funktionelle Geistesstörung nennt, doch im allgemeinen nicht daran gezweifelt wird, daß der Sitz der Erkrankung das Gehirn sei. Von diesem Begriff des Funktionellen wollen wir nicht weiter

sprechen. Für uns ist vielmehr positiv die funktionelle Störung eine solche, welche entsprechend dem funktionellen Krankheitsbegriff, Störungen der Funktionen, Störungen im Ablauf des Lebensgeschehens überhaupt, an erste Stelle rückt. Solche Störungen der Funktion können nun, wie bekannt, psychogen sein. Es gibt heute schon oder es könnte wenigstens geben, eine innere Klinik der psychogenen Störungen, ebenso eine Klinik der psychogenen gynäkologischen Störungen usw. (A. Mayer, Walthard). Unter den psychogenen Störungen nun läßt sich die Gruppe der hysterischen Störungen sondernd. Man hat das bekanntlich früher getan auf Grund des Merkmals der erhöhten Konversionstendenz. Diese Theorie geht von Charcot aus. Dann wieder traten in der Betrachtung der Hysterie echte verstehbare psychologische Zusammenhänge, charakterologische Momente u. dgl. in den Vordergrund. Für die Begutachtung ergab sich nun die Frage, ob ein hysterisches Zustandsbild nach einem Unfall ein entschädigungspflichtiger Schaden im Sinne des Gesetzes ist oder nicht. Es gibt eine Bewegung, deren Zusammenflüsse aus den verschiedensten Quellen, z. T. aus nationalökonomisch mehr oder weniger gut fundierten Überzeugungen gespeist werden — aber kurz, es gibt eine Bewegung in der Medizin, welche glaubt, den Krankheitscharakter der eben gekennzeichneten Störungen überhaupt negieren zu können. Hysterische Störungen seien keine Krankheiten, sondern psychologische Reaktionen (Reichardt).

Bei solchen Meinungsverschiedenheiten ist ein Begriff der Krankheit nicht zu entbehren. Wir werden späterhin sehen, daß für die Begutachtung der Krankheit und ihre erwerbsmindernden Folgen die Gesichtspunkte gar nicht weit genug hergeholt werden können. Hier aber für den Begriff der Krankheit kann uns das weite Feld einer Anthropologie nichts nützen. Hier sind wir auf eigentlich medizinischem Gebiet und müssen es bleiben. Allerdings auch die individuelle Teleologie, deren Störung als Krankheit erscheint, ist schon eine Unendlichkeit. Das hat in besonders klarer Weise Jaspers in seiner Psychopathologie dargetan. Ich habe mich darüber vor einigen Jahren in einem Aufsätze „Der Arzt und das Wirtschaftsleben“ (Vortrag auf dem 3. allg. ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Baden-Baden) verbreitet. Wir sind, wie eben gesagt, mit dem Begriff der Krankheit in der individuellen Teleologie; Krankheiten überindividueller Gebilde berücksichtigen wir nicht. Von Sozialpathologie sprechen wir weder in dem Sinne der Erkrankung sozialer Gebilde, noch vorläufig auch in dem Sinne der Beeinflussung der individuellen Krankheit durch das soziale Gebilde.

Man erzählt von Kußmaul, daß er nach Erörterung der verschiedensten Krankheitsbegriffe definiert habe: „Krank ist, wer zum Doktor in die Sprechstunde geht.“ Gemessen an pathologischen, ätiologischen oder funktionellen Krankheitsbegriffen erscheint diese Definition etwas dürftig. Dem Sinne nach aber finden wir sie in vielen modernen Darstellungen wieder, wenn als wesentliches Moment des Krankentums das Arzt-Patientverhältnis herausgestellt wird. Die Begutachtung muß jedenfalls an den empirischen Seinsbegriffen von Krankheiten, d. h. an der Diagnose, als einem der Pfeiler des Gutachtens festhalten.

Die Praxis der Begutachtungsdiagnostik läßt nach verschiedenen Richtungen hin zu wünschen übrig. Zum ersten fehlt ihr im allgemeinen der prognostische Gesichtspunkt, während z. B. in der Lebensversicherungsmedizin die prospektive Betrachtungsweise die praktisch geforderte ist. Es kommt hier darauf an, aus dem Querschnitt des Augenblickszustandes heraus die weitere Entwicklung zu beurteilen, eine Betrachtungsweise, die dem Krankheitsgeschehen als einem organischen besonders angepaßt ist. Es wird in der Lebensversicherungsmedizin darauf geachtet, wie die augenblicklichen Störungen, für sich als nosologische Einheit betrachtet, sich entwickeln werden, sodann aber, welchen Einfluß das Krankheitsgeschehen auf den Gesamtorganismus, seine Leistungsfähigkeit, seine Lebenserwartung, haben wird. Diese Betrachtungsweisen pflegen dem Sozialbegutachter fern zu liegen, und doch hängt die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit durchaus davon ab, nicht nur wie die Krankheit selbst sich entwickelt, sondern auch davon, wie der Gesamtorganismus und endlich die Persönlichkeit auf sie zu reagieren vermögen. Die Erwerbsfähigkeit soll niemals nach der Leistungsfähigkeit im aktuellen Moment, etwa auf Grund der groben Prüfung der Kraft oder irgendeines Leistungsexperiments beurteilt werden. Leistungsfähigkeit im Beruf kann nur betrachtet werden auf längere Zeiträume hinaus, wie denn Erwerbsfähigkeit doch nicht auf momentanen Arbeitsleistungen, sondern eben auf der Berufstätigkeit, d. h. der über Lebensabschnitte sich erstreckenden Tätigkeitsausübung, beruht. Nur die allermindest qualifizierten Arbeiten, Gelegenheitsarbeiten, enthalten ihrer sozialen Struktur nach dieses Moment des Vertrauens auf die Dauer und Gleichmäßigkeit der Tätigkeit nicht. Sonst aber zeigen ja z. B. die Schwierigkeiten, die die höheren Altersklassen auf dem Arbeitsmarkt finden, gerade deutlich, wie sehr mit verhältnismäßig langen Zeiträumen in den Berufstätigkeiten kalkuliert wird.

Man habe z. B. ein epileptisches Leiden zu begutachten. Die Häufigkeit der Anfälle wird unter den verschiedensten Gesichtspunkten bewertet werden müssen. Erstens kommt sie in Frage für die eigentliche Schwere des Leidens und für die rein medizinische Prognose des Leidens und der Lebenserwartung, dann hängt zweitens die Brauchbarkeit im Betrieb und die Konkurrenzfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt entscheidend davon ab, endlich drittens die subjektive Einstellung der Persönlichkeit zu ihrer Krankheit.

Die Diagnose muß nach der medizinischen Seite hin vollständig sein, d. h. sie muß alle für die Beurteilung wichtigen somatischen und psychischen Befunde erheben. Auch hiergegen wird praktisch häufig verstoßen, indem z. B. ein psychogener Symptomenkomplex von der weiteren Untersuchung ablenkt. Mit einem sehr groben Analogieschluß werden alsbald alle Erscheinungen psychogen gedeutet, wenn überhaupt psychogene Züge vorhanden sind.

Vollständig und richtig ist die Diagnose auch erst dann, wenn sich bei längerer Betrachtung erweist, daß sie die gesamten Entwicklungen richtig vorhergesehen hat¹⁾. Wenn scheinbar ganz neue Züge auftreten, so liegt es nahe, zu vermuten, daß sie bei der ursprünglichen Diagnose übersehen worden sind. Besonders häufig wird z. B. der zyklotyme Formenkreis übersehen, welcher, wenn er vorhanden ist, von weittragendster Bedeutung für die Prognose der mannigfaltigsten Krankheitsbilder ist.

Die Diagnose muß nicht nur Krankheit oder Gebrechen berücksichtigen, wovon z. B. der § 1255 der R. V. O. spricht. Wir haben neuerdings gelernt, auf lebensphasische Momente, so z. B. auf das Zusammentreffen von Krankheiten mit dem Klimakterium oder mit allgemeinem Aufbruch zu achten (vgl. Eliasberg, Klimakterium, Motivation und Minderleistung in Zeitschr. f. Soz. Med., Nr. 4, 1930). Diese Konstitutionsdiagnose im weiteren Sinne des Wortes muß zur Krankheitsdiagnose hinzukommen. Denn zweifellos bedürfen die „biologischen Zustände“ einer Erfassung für die Begutachtung; um so mehr als die Sozialversicherungsgesetze keinen Unterschied machen zwischen den Ausgangszuständen. Es ist nirgends davon die Rede, daß nur die Gesunden, wenn sie krank werden, geschützt sind; vielmehr ist jeder Arbeitende, wie er nun einmal ist, sobald er nur

¹⁾ Hier gilt das klassische Wort von Heinrich Hertz (Einleitung zu den Prinzipien der Mechanik): „Wir machen uns Symbole der äußeren Gegenstände von solcher Art, daß die denotwendigen Folgen der Bilder stets wieder Bilder von den naturnotwendigen Folgen der Gegenstände seien.“

arbeitet oder gearbeitet hat, des Schutzes der Sozialversicherungsgesetze teilhaftig.

Bei alledem ist die Diagnose nur einer der Pfeiler. Aber jeder Baumeister wird gut tun, die Pfeiler seines Gebäudes, jeden einzelnen unabhängig von den anderen, sicher und fest zu konstruieren, selbst wenn es zum Schluß keinen Sinn hat, davon zu sprechen, daß das Gewölbe auf einem der Pfeiler besonders ruhe. Welche anderen Pfeiler kommen in Frage? Wir sprachen eben von der unendlichen Teleologie jedes individuellen Seins, deren Störungen Krankheit sein können. Unter den teleologischen Zusammenhängen spielen nun eine besondere Rolle gerade die wirtschaftlichen und zwar in einem solchen Maße, daß man sogar daran gedacht hat, mit Begriffen wie Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit, also mit wirtschaftlichen Kategorien den Begriff der Krankheit überhaupt neu statuieren zu können. Wie dem auch sei, die Wirtschaft nicht nur, sondern der gesamte zeitgeschichtliche Zusammenhang bilden den Hintergrund einer jeden Erkrankung und darum auch jeder Begutachtung.

Das Gutachten nämlich, richtig verstanden, hat zwei Aufgaben: 1. Die Feststellung des Schadens. 2. Die Feststellung der verbliebenen Leistungsfähigkeit. Wie wir neuerdings z. B. einen Defekt nicht nur als Ausfall beurteilen, sondern besonders auf Grund der Hinweise Kurt Goldsteins, die andere Aufgabe sehen, die bei einem Defekt tatsächlich sich vollziehenden Leistungen kennen zu lernen, so auch hier. Ja wir können eigentlich den Schaden gar nicht anders beurteilen, als daß wir ihn selbst und die verbleibenden Leistungsvollzüge auf ein bestimmtes Milieu beziehen und uns gleichzeitig fragen, ob nicht das Verhältnis von Schädigung und Leistungsrest ein ganz anderes wird, wenn sich bestimmte Milieumomente ändern. Dies ist ja das große Fragezeichen, das wir hinter alle Minderwertigkeitsbetrachtungen zu setzen haben. Sie gelten eben nur in einem bestimmten, meist nicht näher bezeichneten, aber doch als konstant und als durchschnittlich unbewußt vorausgesetztem Milieu. Das Gutachten aber, wenn es wie alle ärztlichen Handlungen sich an der Therapie orientiert, muß sich dieser Voraussetzung besonders bewußt sein.

Gutachter und Begutachteter stehen nicht nur in dem gleichen geschichtlichen Zusammenhang, sondern auch in anschaulicher Beziehung; sie sind nicht nur Zeitgenossen, sondern auch Raumgenossen; zwischen ihnen entfaltet sich jene Fülle von Beziehungen, die Simmel einmal als Mikrosoziologie bezeichnet hat. Die Gestik des Untersuchten wirkt auf uns ein, noch in einer ganz an-

deren Schicht als der diagnostischer Verwertung. Wir sehen einander, wir hören einander, wir riechen einander, wir stehen schon auf Grund der Sinnesdaten in Sympathiebeziehungen. Das alles ist vorbereitet durch Stimmungen oder vielmehr Mißstimmungen von beiden Seiten. Der Begutachtete nicht weniger als der Gutachter sind vom ersten Moment an in Reserve, einer gegen den anderen. Der Arzt, insbesondere als Gutachter klagt darüber, daß das „natürliche“ Arzt-Patientverhältnis, an welches noch Kußmaul, s. o. glaubte, heillos gestört sei. Der Begutachtungspatient will nicht gesund werden, sondern eine Rente. Der erste Teil dieses Satzes hat einen doppelten Sinn, er sagt, daß der Begutachtungspatient entgegen allen anderen Patienten nicht mit Heilungsabsichten beim Arzt erscheint, sondern mit anderer Absicht; zum 2. daß der Patient sogar die entgegengesetzte Absicht, nämlich die Absicht krank zu bleiben habe, damit er die wirtschaftlichen Vorteile, die Rente, erhalten könne. Diese Schwierigkeit aber ist nur scheinbar. Das Arzt-Patientverhältnis der Privatpraxis ist überhaupt als Modell für den gesamten Bereich der Sozialmedizin zu eng. Sehr häufig muß in der Sozialhygiene und Prophylaxe gegen den Willen des Pat. gehandelt werden. Ebenso sind z. B. beim Fall des Bazillenträgers die Ansichten, ob überhaupt ein Körperschaden, eine Krankheit vorliege, bei den Beteiligten entgegengesetzt, nur allerdings mit einem anderen Vorzeichen als so häufig bei der Begutachtung der Erwerbsminderung.

Modell der Beziehungen zwischen Arzt und Patient muß vielmehr sein: der Arzt als Kenner der teleologischen Zusammenhänge des Organismus, der Persönlichkeit, der Klassen, der Wirtschaft, der Kultur überhaupt, bemüht, einen Ausgleich zwischen den miteinander ringenden Werten herbeizuführen. Eine Reihe von praktischen Vorschlägen, welche sich auf die theoretische Vorbildung des Gutachters in außermedizinischen, besonders wirtschaftswissenschaftlichen Zusammenhängen, auf die Zusammensetzung des Gutachterkollegiums u. dgl. m. beziehen, zu entwickeln, gehört nicht in den Rahmen der vorliegenden Ausführungen.

Wir sprachen bisher von der Krankheit, von ihrem zeitgeschichtlichen Hintergrund und vom Gutachter. Alle unsere bisherigen Ausführungen sollten es erleichtern, der psychogenen hysterischen krankhaften Störung und ihrer Erfassung näher zu kommen. Es muß einer der Grundsätze des Gutachters sein, daß zwischen Krankheit und Erwerbsminderung keine direkte, weder am anatomischen Befund, noch

an der Leistungskurve, ablesbare Beziehung besteht. Auch in Durchschnittsfällen kann bei der gleichen Krankheit Erwerbsminderung oder volle Erwerbsfähigkeit bestehen. Bei leichter Krankheit können schwere wirtschaftliche Folgen und umgekehrt, eintreten. Es ist also nur zu berechtigt, die wirtschaftliche, soziale, juristische, von der medizinischen Seite der Krankheit zu unterscheiden. (Vgl. Eliasberg: Kann man medizinisch gesund und juristisch krank sein? Groß-Berliner Ärztekorrespondenz, 34. Jahrg., Nr. 6.)

Eine Frage, die häufig angeschnitten wird, ist es, ob wir das Gutachten vollständig dem richtenden medizinischen Laien unterbreiten sollen oder nicht. Ein bekannter forensischer Gutachter, Köppen, hat es 1904 als Grundsatz aufgestellt, daß das Gutachten keine erschöpfende klinische Auseinandersetzung des Falles geben soll, sondern eine Darlegung für den Laien... Wir halten diese Ansicht für falsch. Das Gutachten soll die Gesamtheit der Gründe und Gegengründe unserer Stellungnahme vollständig und wissenschaftlich ausbreiten. Wir sollen uns auch nicht scheuen, wo unsere Stellungnahme subjektiv, d. h. nur durch die Autorität unserer von Erfahrung getragenen Intuition, nicht aber durch objektiv angehbare Gründe gestützt ist, dies ausdrücklich zu sagen¹⁾. Es ist ja nicht selten, daß Gutachten einander kontrovers gegenüberstehen. Es kann nicht einmal bei der gleichen Diagnose verlangt werden, daß die Gutachten zum gleichen Schlusse kommen. Denn das Gutachten bezieht sich ja nicht nur auf die Diagnose, sondern auf eigentlich außermedizinische Fragen sozialen, juristischen oder forensischen Inhalts. Es gehen außerdem die verschiedenen weltanschaulichen Standpunkte in das Gutachten mit ein. Verlangt werden muß aber, daß aus dem Gutachten die Gründe für die Stellungnahme des Gutachters ersichtlich sind, damit der Richter seine, ihm vom Gesetz zugewiesene Aufgabe erfüllen kann. Diese besteht nicht darin, dem Gutachter beizupflichten, sondern auf Grund der Beurteilung der Gutachten

¹⁾ Leider geschieht dieses Geständnis oft in verschleierte Form, und zwar mit mißbräuchlicher Anwendung des Wortes *Wahrscheinlichkeit*. Die Wahrscheinlichkeit im mathematischen Sinne des Wortes, d. h. als Grenzwert für die Häufigkeit bestimmter Merkmale in bestimmten Kollektiven, kann es im Gutachten, sofern dieses sich mit individuellen Zuständen, Vorkommnissen und Prognosen befaßt, überhaupt nicht geben. (Vgl. hierzu Eliasberg: Wahrscheinlichkeit, Wahrheit und Bewahrheitung im Gutachten, Mtschr. f. Unfallheilkunde und Vers.-Med. 37, Jahrg. 4, H. 1930.) Das Ziel des Gutachtens ist nicht die Angabe von Wahrscheinlichkeiten, sondern die Wahrheit mit derjenigen Einschränkung, wie sie für die Naturwissenschaft überhaupt und in höherem Maße für die Beurteilung des individuellen Falles gilt.

sich selbst ein Urteil zu bilden. (S. a. Eliasberg: „Der Laienrichter im Versorgungsverfahren“, Volkstümliche Ztschr. f. d. ges. Sozialversicherung, Jahrg. 36, Nr. 5, S. 73, 1930.)

Es ergibt sich aus all diesen Ausführungen, wo die Grenze des diagnostischen Positivismus im Gutachten liegt. Aber es wäre vollkommen falsch, daraus zu entnehmen, um das noch einmal zu sagen, daß die Diagnose nicht mehr wichtig sei. Erst nach vollständiger Diagnose können die anderen Betrachtungen zu ihrem Recht kommen.

Die Minderleistung hat man neuerdings auch mit Hilfe psychotechnischer Methoden zu verstehen und zu bestimmen versucht. Diese Methoden erfassen nur einen kleinen Ausschnitt, sie können unter Umständen auch für die medizinische Diagnose von Wert sein. Eine Bedeutung in dem Sinne, daß die psychotechnische Diagnose alle anderen diagnostischen Methoden überflüssig macht, kommt ihr natürlich nicht zu.

Es war bereits oben davon die Rede, daß die Arbeitswissenschaft sich der Untersuchung der Motivation der arbeitenden Persönlichkeit zugewandt habe. Auch die Begutachtung der Erwerbsminderung muß letztlich die Motivation der Minderleistung erfassen, denn zwischen Krankheit und Leistung ist die Motivation eingeschaltet.

Unter Motivation verstehen wir den Bewußtseinsreflex der Gesamtheit der Bedingungen, unter denen die Tätigkeit steht, der biologisch, lebensphasisch, differentiell psychologischen nicht weniger als der geschichtlich kulturellen Bedingungen. All dies kann bewußt werden oder ist wenigstens durch Nachahmung, Gewohnheit für das Bewußtsein repräsentiert. Man wende nicht ein, daß die wahren Ursachen unseres Handelns im Unterbewußtsein liegen. Es genügt hier darauf hinzuweisen, daß wir uns eben in gleicher oder ähnlicher Situation als so Handelnde erlebt haben, und daß wir voraussetzen, wir würden uns wieder so benehmen.

Die großen Gleichförmigkeiten, die daraus entstehen, können wir auch geschichtlich in der Geschichte der Arbeitsverfassung und Arbeitsmotivationen wiederfinden. Darauf soll hier nicht eingegangen werden.

Wir begutachten letzten Endes nicht die Erwerbsminderung z. B. einer Hirnschädigung, sondern die einer hirngeschädigten Persönlichkeit. Wenn wir nun bei den verschiedenen Persönlichkeiten je nach ihrer Motivation die verschiedensten Erfolge in bezug auf die Erwerbsfähigkeit sehen, wenn wir einen Hirnverletzten nach der Verletzung aufsteigen und den anderen mit gleicher Verletzung der Deklassierung verfallen sehen, so ist das zweifellos eine Folge der Motivation der Persönlichkeit. In einem Falle kann die Motivation so sein, daß eine Erwerbsminderung überhaupt nicht eintritt; dennoch geben wir einem so Geschädigten eine Erwerbsminderungsrente, weil, wie das Gesetz meint, nur ein durchschnittliches Maß von „Aufwand“, nämlich Selbstüberwindung gegenüber den Beschwerden verlangt werden kann. Der so Geschädigte ist also erwerbsvermindert,

ohne Ansehung seiner tatsächlichen Leistungen, seines tatsächlichen Einkommens, deswegen, weil wir glauben, im allgemeinen kein ungewöhnliches Maß an Energie verlangen zu sollen. Andererseits müssen wir eben ein durchschnittliches Maß von Energie, von seelischem Aufwand, wie wir es eben nannten, gegenüber den Beschwerden oder sonstigen psychogen entstandenen Leistungsstörungen verlangen.

Hier sind nun neuerdings von Löwenstein-Bonn experimentelle Methoden gegeben worden, auf welche ich Ihre Aufmerksamkeit lenken möchte. Löwenstein hat in Wiederaufnahme von Arbeiten Sommers einen Apparat konstruiert, welcher es gestattet, die Motorik des Patienten eingehend zu studieren, so daß mehr oder weniger willkürliche und unwillkürliche Bewegungen und zwar die Bewegungen aller Extremitäten und des Kopfes aufgeschrieben werden. Die Aufmerksamkeit kann sich also nicht einem bestimmten Körperteil übermäßig zuwenden. Nehmen wir einmal den Fall einer hysterischen Taubheit. Wenn mit dem Versuch, d. h. unter Anwendung einer verbalen Reizsuggestion aus der Änderung der Kurven erwiesen ist, daß die Absperrung keine absolute sei, daß z. B. in Gefahrensituationen der Organismus sich so verhält, als ob das Ohr perzipiere, so ist nach Löwensteins Ansicht, ganz unabhängig von der Erörterung der Frage der Simulation der Krankheitswert des Symptoms zu negieren. Was ist der Krankheitswert des Symptoms? Der Krankheitswert besteht nach Löwensteins Meinung offenbar darin, daß ein objektives und nicht überwindbares Hemmnis besteht. Wenn ein solches Hemmnis vorhanden ist, dann wird im allgemeinen auch die Leistung objektiv nicht zustande kommen. Wodurch aber wird in seinen Versuchen die Sperrung überwunden? Offenbar durch die Angst. Löwenstein macht also die Voraussetzung, daß die Sperrung, welche durch die Angst zu überwinden sei, beispielsweise auch in der normalen Arbeitssituation durchbrochen werden könne, wenn nur genügend guter Wille vorhanden ist. Diese Analogie ist aber keineswegs vollständig. Wir wissen, daß der Angsteffekt, und zwar keineswegs immer in Proportion zur wirklichen Gefahr, enorme Leistungssteigerungen und überhaupt ganz unerwartete Leistungen vollbringen kann. Wenn man ohne weiteres voraussetzt, daß die Selbstbestimmung und zwar die Arbeitsmotivation die gleiche Leistung vollbringen muß, so verkennt man, daß in der abhängigen Arbeit der normale Motivationshintergrund gerade der entgegengesetzte ist, daß die Leistung häufig abgebremst wird. Sind wir be-

rechtigt, wie es die Voraussetzung solcher Entlarvungsversuche ist, sind wir berechtigt zu sagen: „was du einmal in der Angst kannst, mußt du auch in der Arbeit können“?, hierzu sind wir offenbar solange nicht berechtigt, als wir nicht das Ergebnis solcher Versuche therapeutisch ausgewertet haben. Es liegt allerdings nahe, bei einem solchen Ergebnis der Durchbrechbarkeit der Sperre, alsbald in die aufgerollte Stellung einzudringen. Und man wird ja auch, wenn man es einigermaßen geschickt macht, häufig Erfolg haben. Aber das Gutachten darf den Erfolg der Behandlung, der immerhin doch nicht zu 100 Prozent sicher ist, nicht vorwegnehmen.

Die Versuchsanordnung dient hier dazu, ein vorhandenes Symptom in seiner oberflächlichen Lage, gemessen nämlich von der Oberfläche des Bewußtseins und vom Angstaffekt her, zu indizieren. Die gleiche Versuchsanordnung kann auch dazu dienen, zum Zwecke der Begutachtung Symptome zu provozieren, ein Verfahren, das in der Medizin legitim, in der Psychologie und in der medizinischen Psychologie bisher zu Unrecht diffamiert war. Es ist sehr lehrreich, wenn jemand, dessen Leistungsminderung und Beschwerden zunächst schwer zu beurteilen sind, Bewegungskurven produziert von hysterischem Typus. Und es ist gar kein Einwand, daß solche Kurven durch die Aufregung, durch den „Apparat“ provoziert seien. Die Provozierbarkeit ist eben ein konstitutionelles Merkmal. Wenn wir aber solche experimentelle Ergebnisse nun praktisch für das Gutachten verwerten wollen, dann müssen wir, worauf schon mehrfach hingewiesen war, die durchschnittliche Motivation zugrunde legen.

Welches ist aber die durchschnittliche Motivation? Sie kennen zu lernen ist nur möglich durch historische Vergleiche. Ich bin in früheren Arbeiten wiederholt darauf eingegangen, ich habe gezeigt, welche Bedeutung eine Geschichte der Arbeitsverfassungen, gerade für unsere Probleme hat. Damit mündet die Betrachtungsweise wieder ein in den Ausgangspunkt. Der Begutachtete ist Zeitgenosse. Auch seine Krankheit ist immer ein Stück Zeitkrankheit. Machen wir uns klar, daß das moralische Postulat, welches aus so vielen Gutachten spricht, nämlich das Postulat ungewöhnlicher Leistungen, ungewöhnlicher Energie, keineswegs dem Willen des Gesetzgebers entspricht. Und wenden wir dieses Postulat, das mir sehr berechtigt erscheint, dann doch in erster Linie gegen uns selbst.

Leitsätze:

1. Die positivistische Grundlage aller Medizin, die Diagnose, muß im Gutachten erhalten bleiben.

2. Das Gutachten muß 3 Stadien durchlaufen:

- a) das Substanzstadium, der diagnostisch feststellbaren Einzeltatsachen;
- b) das Relationsstadium (Relationspathologie, Rickerl); die Beziehungen der diagnostisch festgestellten Störungen zum Gesamtorganismus und zur Persönlichkeit, zur Lebens- und Leistungsprognose;
- c) das Aktionsstadium, in welchem die Diagnose und die Relationen zur Motivation der Persönlichkeit in Beziehung treten. Hier wird die Leistung nicht mehr nur als kausal bedingt, sondern als motiviert betrachtet. Man kann mit einer Abkürzung von Positivismus und Idealismus im Gutachten sprechen. Das Gutachten ist unvollständig, wenn nicht an den Positivismus der Tatsachen, ein kritischer Idealismus der theoretischen Bedeutung und ein phänomenologischer Idealismus der Wesenserfassung anschließt.

3. Praktisches.

- a) Erwerbsminderung und Leistungsminderung sind weder neurologisch noch psychotechnisch (Leistungskurve) abschließend zu bestimmen. Sie sind zu beziehen auf das Milieu und den Zeitgeist.
- b) Das Gutachten muß dem richtenden Laien vollständig unterbreitet werden. Auch der Gegensatz der Gutachten kann den Beurteiler fördern.
- c) Der Krankheitswert der Symptome ist unabhängig von ihrer psychogenen Verankerung zu beurteilen und zwar im Zusammenhang einer als durchschnittlich vorauszusetzenden Arbeitsmotivation.

Massenpsychose und Individuum.

Von

Prof. Dr. phil. TH. ERISMANN,

Innsbruck.

(Hierzu die Ausklapptafel am Schluß des Buches.)

Inhaltsübersicht.

Einleitung	43
1. Die Eigenart unserer Erkenntnisbeziehung zur physikalischen und psychischen Umwelt (Wahrnehmung des Körperlichen und Fremdseelischen)	45

2. Die psychische Ansteckung (Knechtung) und die autonome Stellungnahme (Freiheit) des Individuums; Mitleid, Mitfreude, Schadenfreude, Grausamkeit; das „gemeinsame Erleben“	47
3. Der Symptomenkomplex der Massenpsychose	51
4. Die „Massen-Situation“ als Ursache, die „Massenpsychose“ als Wirkung	55
5. Besetzung des Bewußtseins durch die von der Masse herkommen- den Reize	58
6. Gemeinsamkeitsbewußtsein der Masse	59
7. Die psychische Ansteckung	64
8. Der gemeinsame Tiefennenner der Masse	65
9. Die Eigentümlichkeit der Situation, in der sich die Masse vorfindet	66

Einleitung.

Wer den großen Krieg und die Nachkriegsjahre mitgemacht hat, erinnert sich gewiß noch an den häufigen Gebrauch des Wortes „Massenpsychose“, wie er in dieser Zeit allgemein üblich war. Man sagte vom Kriegsgegner, der ein williges Ohr hatte für alle schlimmen, wenn auch noch so unwahrscheinlichen Gerüchte über unsere Kriegsführung, über die von unseren Soldaten angeblich verübten Greuel; der in scheinbarer Geistesverblendung seine Niederlage nicht einsehen wollte und selbst zu den sonst verpönten Mitteln griff, um dem Schicksal einen Sieg zu entreißen; der an sich selbst und seinen Verbündeten nur Heldenmut und Heldenart erkannte, an seinem Feind nur Niedertracht und Roheit sah, — man sagte von ihm, daß er an der Kriegs-Massenpsychose leide. Dasselbe konnte man in der Nachkriegszeit, als die politischen Außenkämpfe durch soziale Innenkämpfe abgelöst wurden, vom Parteigegner sagen hören: auch er stand unter dem Einfluß der Streikpsychose, der Revolutionspsychose, dazu kam dann noch die Inflationspsychose, so daß eine stattliche Zahl von psychologischen Massenerscheinungen beieinander war, die alle von dem übergeordneten Begriff „Psychose“ umfaßt wurden. — Wir stellen uns nun die Frage: Handelt es sich in diesen und ähnlichen Fällen, wo man von „Massenpsychose“ spricht, tatsächlich um etwas einer psychischen Erkrankung, wie wir sie bei Einzelindividuen kennen, Ähnliches; besteht die Übertragung des Begriffes vom einzelnen pathologischen Individuum auf die Masse zu Recht, oder handelt es sich nur um die Anwendung ein und desselben Wortes auf grundsätzlich verschiedene Begriffe?

Zweifellos gibt es Fälle, wo der einzelne Mensch anders denkt, fühlt und handelt, als ihm dies gewöhnlich eigen ist; Fälle, wo der

sonst Besonnene, Umsichtige — leichtsinnig, blind, ja sinnlos handelt; wo der gutmütig Ruhige — heftig, wild, ja grausam wird; wo der sonst träg Passive — übertrieben tätig wird und wahl- und hemmungslos von Wunsch und Gedanken zur Tat übergeht; wo der sonst ängstlich um sein Wohlergehen Besorgte sein Hab und Gut und auch sein Leben ohne Bedenken hingibt für ein Ziel, das ihm noch vor kurzer Zeit völlig fremd und gleichgültig zu sein schien. Der so veränderte Mensch steht nicht unter Einfluß eines berauschenden Giftes, er befindet sich nicht in einem Fieberdelirium, und dennoch erscheint sein Fühlen, Denken und Handeln demjenigen eines psychisch Erkrankten ähnlich. — Sammelt man die historisch bekannt gewordenen Fälle solcher Art sowie Fälle seiner eigenen Beobachtung, so zeigt sich, daß sie alle ein besonderes Merkmal gemein haben, welches somit nach den Regeln des Induktionsverfahrens, als die gemeinsame Wurzel aller dieser Erscheinungen betrachtet werden kann: Nie tritt diese typische Persönlichkeitsänderung auf, wenn sich der Mensch außerhalb des Einflusses anderer Menschen befindet; nur innerhalb der Menschenmasse ändert sich sein Wesen in der oben beschriebenen Art. In der Menschenmasse also werden wir die wirksamen Keime zu suchen haben, aus denen sich die Massenpsychose entwickelt. Und sie werden nicht materieller, sondern psychischer Art sein, sowie ja auch der ganze „Massenbegriff“, den wir hier brauchen, nicht im Anschluß an die Anhäufung physikalischer Massenteilchen gebildet werden darf, sondern offenbar von ganz eigentümlicher, typisch psychologischer Art sein wird. — Was also ist die psychologische „Menschenmasse“; wie und wann entsteht sie; wie vereinigt sie die Menschen zu einer Ganzheit; wie wandelt sie die autonomen Persönlichkeiten ihrer Glieder zu blinden Massenbestandteilen um?

Wie die Psyche des Einzelnen so ist auch die Massenpsyche gebunden an das körperliche Substrat, den „Massenleib“; und die psychischen Massenerscheinungen entwickeln sich gerade dort in besonders drastischen Formen, wo der aus menschlichen Einzelleibern bestehende „Massenleib“ auch räumlich eine eng zusammengefügte Einheit darstellt. Denn die psychische Abhängigkeit des Einzelnen von der Masse erreicht ihre höchsten Grade, wo sie durch unmittelbare und gleichzeitige Vermittlung vieler Sinnesorgane stattfindet. Dennoch ist die Häufung der Menschenkörper an einem eng begrenzten Ort keine notwendige Vorbedingung zur Entstehung oder Fortdauer massenpsychologischer Phänomene: Während des Krieges, zu Zeiten großer innerer Umwälzungen ist auch der einsam in seiner Stube seine Parteizeitung lesende Mensch keine autonome Persönlich-

keit mehr, sondern nur ein Massenbestandteil; und an seinem Reagieren auf die ihm von der Zeitung mitgeteilten Ereignisse, an seinem ganzen Denken und Fühlen lassen sich die typischen Eigenschaften der Massenpsyche nachweisen. Die räumliche Nähe und die körperliche sinnliche Wechselwirkung sind nur besonders günstige Bedingungen für die Entstehung der psychologischen Masse; ihr eigentliches Wesen aber liegt im geistigen Gebiete.

Die Einzelkörper ergeben aneinandergefügt ein Anwachsen der physikalischen Masse, wobei ihre Vereinheitlichung mehr oder weniger weitgehend sein kann, je nachdem es sich um physikalische Mischung oder chemische Verbindung handelt. Die psychische Vereinheitlichung in der Menschenmasse läßt sich nicht mit dieser körperlichen Zusammenfügung vergleichen; aber auch nicht mit jener organischen Vereinheitlichung der Zellen zum lebendigen Einzelwesen, die wir im biologischen Gebiet vorfinden. Die in der Menschenmasse sich einstellende Vereinheitlichung ist von ganz anderer und besonderer Art, die nur von der Eigenart des Psychischen und der ihm eigenen Bindungen aus verstanden werden kann.

*1. Die Eigenart unserer Erkenntnisbeziehung
zur physikalischen und psychischen Umwelt
(Wahrnehmen des Körperlichen und des Fremdseelischen).*

Wir nehmen die Außenwelt, wir nehmen die uns umgebenden Menschen wahr, — es besteht eine kausale Wechselbeziehung zwischen uns und unserer Umwelt. Eine solche besteht aber auch schon zwischen jedem physikalischen Körper und seiner Umgebung, — unser Wahrnehmen ist mehr als dies. Die von den Sinnesorganen aufgefangenen physikalischen Reizungen treten als Empfindungen in unser Bewußtsein und werden vor dem Antlitz unseres Geistes zu Anzeichen von Außenweltsvorgängen. Auf diese Weise werden die Außenreize nicht nur zu physikalischen Ursachen unserer Innenvorgänge, sondern sie treten als „Wahrnehmungsgegenstände“ in eine ganz eigenartige Erkenntnisbeziehung zu uns: Wir „sehen die Sonne“, wir „tasten die Erde“, wir „hören die Stimme des Menschen“ — dies bedeutet nicht allein, daß durch diese Ursachen bestimmte Veränderungen, wie etwa die durch Lichtwirkung auf einer photographischen Platte hervorgerufenen, in uns erzeugt werden (denn die Platte „sieht nichts“ von dem, was durch Lichtwirkung in ihr geschieht!); sondern es bedeutet, daß wir Urteile fällen über die Existenz von Sonne, Erde und Mensch, daß wir deren Beschaffenheit, Zustände, Veränderungen konstatieren, — daß

wir, mit einem Wort, über unser eigenes Dasein hinaus ein ich-fremdes Dasein erfassen! Nicht selten irren wir uns dabei, in Kleinem oder Großem; aber irrtümliche wie wahre Wahrnehmungsurteile sind dabei stets auf etwas gerichtet, „was sie selbst nicht sind“, sie transzendieren ihr eigenes Dasein, sind sich selbst transzendent. — So stehen wir in einer Erkenntnisgemeinschaft mit der uns umgebenden Außenwelt; bilden mit ihr eine Erkenntniseinheit von Subjekt und Objekt, — die nirgends besteht, wo nicht ein höheres Bewußtsein und mit ihm die Fähigkeit „wahrzunehmen“ auftritt.

Und nochmals dringen wir tiefer in das uns umgebende Sein ein, wenn wir die „zweite Deutung“ vornehmen und einen Unterschied machen zwischen der unbewußten, nur materiellen, Umwelt und dem lebendigen, organischen Gebilde, welchem wir den Namen „Leib“, im besonderen menschlicher Leib, verleihen. Damit überschreiten wir zum zweitenmal die Grenze von Körper und Geist, indem wir diesmal vom Körper (Leib) zum fremden Bewußtsein, das uns nie unmittelbar gegeben ist, fortschreiten! Nun wird uns die Bewegung des menschlichen Körpers, sein Mienenspiel, seine Stimme nicht mehr ein bloß physikalischer Vorgang, der sich in rein physikalischen Begriffen von Energieumsatz, zeitlicher und räumlicher Verschiebung von Körperteilen usw. restlos erfassen läßt, sondern zum „Ausdruck“ psychischer Phänomene, die sich hinter dem sichtbaren Leib in der Seele vollziehen und in den Formen und Bewegungen des Leibes „ausdrücken“. Daher „sehen wir fremde Augen lachen“, sehen den Zorn die Augenbrauen zusammenziehen, wir „hören“ den Jammer des Schmerzes, das Lachen der Freude: das fremde Erleben spricht zu uns so vernehmlich durch die Hülle des Körpers, daß wir in die fremde Seele unmittelbar hineinzublicken meinen. — Und damit stehen wir in einer weiteren Erkenntnisgemeinschaft mit der uns umgebenden Welt: über die Materie hinaus spannt sich ein Netz geistiger Beziehungen von Seele zu Seele, und alles, was uns im Verkehr mit Menschen freut und betrübt, was den weitaus größten und wichtigsten Teil im Gesamterleben der meisten Menschen ausmacht, spielt sich in den Maschen dieses Netzes ab, dessen Geistesfäden sich von Bewußtsein zu Bewußtsein schlingen.

Wir sprachen von einer „Erkenntnisgemeinschaft“, — doch schon der eben zitierte Nachsatz zeigt, daß dieses Wort viel zu eng ist, wenn man es nur im Sinne einer intellektuellen Erkenntnis verstehen wollte. Wir erfassen das fremde Erleben nicht in abstrakt

begrifflicher Form, es wird uns vielmehr in seiner ganzen Anschaulichkeit vermittelt: Wir lesen vom Gesicht unseres Mitmenschen nicht allein die intellektuellen Vorgänge ab, sondern auch sein Fühlen und Wollen, Lieben und Hassen, seine Aufregung und seine überlegene Ruhe. Schon bei der Wahrnehmung der Naturvorgänge vollzieht sich in uns etwas Ähnliches: wir meinen gewaltige Kräfte und Strebungen hinter dem Wüten des Sturmes und eine unendliche, abgeklärte Ruhe der Natur in einer stillen Abendlandschaft zu sehen.

Dieser anschaulichen, wahrnehmungsartigen Erfassung der hinter der Materie stehenden und wirkenden Kräfte (mögen sie sich in Naturkörpern, mögen sie sich im Körper unseres Mitmenschen äußern) kann sich nun die Persönlichkeit des Wahrnehmenden in doppelter Weise gegenüber verhalten: Unsere Psyche kann von einer unendlich öden, trostlos einförmigen und tristen Landschaft niedergebeugt werden: die in dieser Landschaft scheinbar liegende hoffnungslose Traurigkeit und Leere teilt sich unserem Geiste mit, er unterwirft sich ihr, und ohne einen realen Grund zur Trauer zu besitzen, ergibt sich unsere Seele diesem Eindruck; läßt ihn sich ihrer bemächtigen, erliegt einer ihr aufgezwungenen Traurigkeit. Doch der starke Geist eines Organisators, eines Faust, beugt sich nicht der suggestiven Gewalt des öden Naturbildes, sondern faßt den Plan, das triste Antlitz der Mutter Erde selbst zu ändern:

Ein Sumpf zieht am Gebirge hin,
Verpestet alles schon Errung'ne;
Den faulen Pfuhl auch abzuziehn,
Das Letzte wär das Höchstgelung'ne.
Eröffn' ich Räume vielen Millionen,
Nicht sicher zwar, doch tätig-frei zu wohnen.
Grün das Gefilde, fruchtbar . . .

2. Die psychische Ansteckung (Knechtung) und die autonome Stellungnahme (Freiheit) des Individuums; Mitleid, Mitfreude, Schadenfreude, Grausamkeit; das „gemeinsame Erleben“.

Ebenso, in derselben Einstellung treten wir auch an das Wahrnehmen fremden Erlebens heran: Wir können beim Anblick trauriger, melancholischer Menschen selbst grundlos traurig werden; wir können von der Zornesäußerung anderer mitgerissen werden und Zorn verspüren, ohne daß sich darin unser eigenes Verhalten dem Gegenstand unseres Zornes gegenüber äußern würde — wir sind eben zornig, weil das Zornerleben, das in der Wahrnehmung des Zornigen

liegt, uns nunmehr ganz erfüllt und beherrscht: wir sind vom Zornigen durch seinen Zorn angesteckt worden! Ebenso können wir auch von der Begeisterung, der Furcht, der Schaulust, der Grausamkeit, dem Opfermut und dem kritiklosen Glauben an eine soziale, politische, religiöse Idee angesteckt werden. Man mißverstehe diese Worte nicht in dem Sinn, als ob alle Begeisterung und Hingabe an eine Idee ihren Grund hätte in der Ansteckung! Gewiß gibt es autonome, originäre Begeisterung und ebensolchen Opfermut, wie auch originäre Entrüstung, Furcht und Grausamkeit, — aber uns interessiert hier die hochwichtige psychologische Tatsache, daß all diese Affekte auch sekundär durch Übertragung entstehen können. Und wir verstehen auch, wie sich diese Übertragung dort einstellen kann, wo ein Mensch durch die Wahrnehmung fremder Affektäußerung so beeindruckt, so gefangen genommen wird, daß sein Inneres sich dem Eindruck ergibt, mitschwingt und der „Angesteckte“ sekundär miterlebt, was sein Mitmensch vor seinen Augen primär und originär erlebte. — Einer solchen Übertragung sind nicht allein passive Affekte, wie Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Angst, Verzweiflung, sondern auch die ausgesprochen aktiven Affekte, wie Begeisterung, Opfermut, Zorn, Unternehmungslust und allgemeine Erregung fähig.

Es leuchtet ein, daß sich in diesem Mitgerissenwerden, diesem Erliegen der Gewalt des Eindruckes, der sich im Bewußtsein festsetzt und auswirkt, nicht die autonome Stärke des Geistes, sondern umgekehrt seine Schwäche zeigt. Dies mag die Grundlage für Nietzsches Abweisung des Mitleides gewesen sein: wer dem Eindruck des fremden Schmerzes unterliegt, ist ein Schwächling; die blonde Bestie schreitet über ihn hinweg zum Übermenschen. Doch liegt dieser Auffassung ein Fehler von nicht zu übersehender Tragweite zugrunde: Wir sagten oben, die Einstellung zum fremden Erleben kann eine doppelte sein, entweder erliegen wir der Gewalt des Eindruckes und schwingen mit wie eine Stimmgabel, die von der schwingenden gleichgestimmten Stimmgabel mitgerissen wird, — das ist das Phänomen der Ansteckung aus dem Reiche der geistigen Knechtschaft. Oder aber: wir nehmen selbst, aktiv und autonom, Stellung zu dem erhaltenen Wahrnehmungseindruck, — und das ist die Haltung im Reiche der geistigen Freiheit. Man erinnert sich an das oben gegebene Beispiel der Ansteckung durch fremde Trauer; — war dies wohl zugleich auch ein Beispiel für diejenige Geisteshaltung, die wir als Mitleid und Barmherzigkeit bezeichnen? Nichts weniger als das! Die fremde

Trauer hat sich durch den Anblick ihrer körperlichen Äußerung auf mich übertragen, — wie es auch die fremde Fröhlichkeit, Ausgelassenheit, Wildheit, Grausamkeit hätte tun können; „ich fühle mich nunmehr auch traurig“ heißt nicht: „ich bemitleide den anderen“! Zwar liegt auch im Bemitleiden eine gewisse Traurigkeit; wie sehr sie aber vom Traurigsein durch Ansteckung verschieden ist, ergibt sich daraus, daß man jemanden bemitleiden kann, der selbst gar nicht traurig ist, — so z. B. einen Menschen, der an ordinären Scherzen und Vergnügungen seine Freude hat. Auch könnte, wenn Mitleid nichts anderes wäre, als durch fremdes Leiden in uns ausgelöstes Eigenleiden, offenbar kein konträrer Gegensatz zum Mitleiden bestehen, da sein Ausbleiben nichts anderes als Gefühllosigkeit wäre. Nun gibt es aber über die Gefühllosigkeit, welche sich in der Beziehung von Mensch zu Mensch als „Roheit“ äußert, hinaus auch noch das positive Gegenteil des Mitleides, es ist dies die Schadenfreude und, in noch reinerer Form, die Grausamkeit. Der Grausame ist mit dem Rohen nicht zu verwechseln, der letzte stößt und schlägt, weil ihm das Erleben seiner Mitmenschen verschlossen ist: in seiner Gefühlstumpfheit achtet er nicht darauf, daß er Diesen niedertritt, Jenen verletzt. Nicht so der Grausame: ihm ist sein Opfer das Aufmerksamkeits- und Lustobjekt, er nimmt dessen Erleben wahr, durchlebt und durchkostet dessen Schmerzen. Dabei ist ihm das anschauliche Wahrnehmen fremden Erlebens nicht anders gegeben als dem Mitleidigen, — was sie beide abgrundtief scheidet, ist ihre aktive Stellungnahme zu dem anderen Menschen und dessen Erleben. Da die Grausamkeit als die „Freude an der Qual des Anderen“ im einzelnen noch recht verschiedenen Wurzeln entspringen kann, so wählen wir als Beispiel denselben Menschen, in dessen Seele bald Mitleid, bald Schadenfreude und grausame Lust geweckt wird: Man stelle sich vor, er erfährt von Mißerfolgen, Schicksalsschlägen und Leiden seines Feindes, von dem er selbst tödlich verletzt worden, den er aus dem Grunde seines Herzens haßt, — nur wenige Menschen gibt es, in deren Herzen sich unter diesen Umständen keine Schadenfreude, keine Lust am Leiden des anderen regt, mögen sie sie auch für schlecht halten und daher sich selbst und anderen zu verbergen suchen. Derselbe Mensch erfährt vom Unglück seines Freundes, den er liebt, und ist voll Mitleid mit seinem Leiden. Liebe und Haß — diese beiden aktiven seelischen Verhaltensweisen entscheiden über Mitleid und Schadenfreude, in denen sich unser autonomes, ursprüngliches Verhalten dem anderen Menschen gegenüber ausdrückt. Und der Mensch mit dem großen Herzen, der sich in Liebe der Welt und

ihrer Kreatur zuwendet, ist gewiß nicht jener Schwächling, der sich aus Mangel an eigener urwüchsiger Stellungnahme und Erlebniskraft von jeder Gemütsregung eines anderen anstecken und mitreißen läßt; jener steht autonom der Welt gegenüber, dieser ist nur ein Spielball ihres zufälligen Geschehens.

Doch eigentlich bedürften wir gar nicht der angeführten Beispiele; eine scharfe psychologische Analyse des Mitleids-Phänomens und der durch Ansteckung übertragenen Trauer genügt, um deren grundsätzlichen Unterschied zu erkennen: Dem Barmherzigen steht der von ihm Bemitleidete als Objekt seines Mitleids gegenüber, sein Leid (welches durch das Wort „Mit-Leid“ leicht mißdeutbar bezeichnet ist) richtet sich auf den Anderen, hat diesen zu seinem Gegenstand; er ist traurig, weil der Andere ihm leid tut. Nicht so der durch fremden Affekt Angesteckte: Er ist durch den fremden Seelenzustand selbst in einen ebensolchen Zustand hineinversetzt worden, seine Trauer ist zwar durch diejenige des Anderen erzeugt worden, sie richtet sich aber keineswegs auf den Anderen. Der Betrübte tut ihm nicht leid (sowie er sich auch nicht über den Fröhlichen freut), der Andere war nur die Ursache, die seinen Zustand gesetzt hat, nun ist dieser Zustand der Trauer oder der Fröhlichkeit sein (wenn auch nur übernommener) Zustand geworden, und der Andere als solcher ist ihm gleichgültig. Das Entscheidende dabei ist also, daß die Richtung der Trauer oder der Freude auf den Anderen als den Gegenstand seiner Stellungnahme seinem Zustande fehlt, — er selbst ist einfach traurig oder fröhlich, zornig oder begeistert, ängstlich oder zuversichtlich in Übereinstimmung mit dem Verhalten des Anderen geworden — und weiter nichts. Gerade die zuletzt genannten vier Affekte schließen alle Verwechslungsmöglichkeit der beiden zu unterscheidenden seelischen Verhältnisarten völlig aus, denn der Angesteckte ist ja nicht zornig oder begeistert über jenen Anderen, dessen Zorn und Begeisterung ihn angesteckt hatten, sondern über etwas ganz anderes, was auch dem Anderen schon das Objekt des Zornes war!

Noch ein drittes massenpsychologisch wichtiges Phänomen, in dem sich die geistige Beziehung von Mensch zu Mensch auswirkt, muß erwähnt werden: Kommt nur „objektive Übereinstimmung“ ins Fühlen und Wollen verschiedener Menschen hinein (sei es, auf welchem Wege es will), jedoch ohne daß auch ein Wissen von dieser Übereinstimmung gegeben wäre, so führt dies zu keinen massenpsychologisch interessanten Erscheinungen. Ganz anders, wenn sich

die Menschen dessen bewußt werden, daß sie sich zum gleichen Ereignis auch gleich verhalten, z. B. über dieselbe Ursache Schmerz (oder Freude) empfinden: Wenn sich die Eltern am Krankenbette ihres Kindes treffen und jeder weiß, daß der andere leidet und jeder überdies auch weiß, daß der Schmerz des anderen derselben Quelle entspringt wie sein eigener, so fühlen sie sich beide „vereint im selben Schmerz“. Und dieses Bewußtsein des „gemeinsamen Erlebens“ (Scheler), das „Gemeinschaftsbewußtsein“, das sich ebenso in Freude, Zorn (gegen „unseren Feind“), Begeisterung (für „unser Volk“, „unseren Helden“) einstellen kann, ist eines der innigst bindenden psychischen Phänomene, die es überhaupt gibt. — Ansteckung, Knechtung durch den anderen, durch die anderen; gemeinsames Fühlen und Wollen und endlich das Fühlen von Mitleid und Mitfreude für den anderen — das sind die drei allem seelischen Verkehr unter den Menschen zugrunde liegenden Phänomene. Jeder Soziologe und jeder Psychologe muß damit rechnen; den Massenpsychologen aber interessieren vor allem die beiden erstgenannten Erlebensformen, denn im Zustandekommen massenpsychologischer Erscheinungen kommt ihnen eine entscheidende Rolle zu.

3. Der Symptomen-Komplex der Massenpsychose.

Einleitend sprachen wir davon, daß die Wesensveränderung, welche der Einzelne als Glied der Masse durchmacht, typische, von der Norm in einer ganz bestimmten Richtung abweichende Züge aufweist, welche unter dem gemeinsamen Namen „Massenpsychose“ zusammengefaßt werden können. Wir haben sie dort nur vorläufig und beispielsweise geschildert; es liegt uns jetzt ob, eine genauere Beschreibung in psychologischen Begriffen davon zu geben. Wir fragen uns: wie verändern sich die intellektuellen, wie die emotional-voluntativen Prozesse des Individuums innerhalb der Masse? Mit der Antwort auf diese Frage ist gleichzeitig auch die Antwort auf die Frage gegeben: Wodurch unterscheidet sich das Denken, Fühlen und Wollen der Masse als solcher vom Denken, Fühlen und Wollen eines normalen Einzelindividuums? — und damit auch die Antwort auf die Frage: Was sind die psychologischen Merkmale der sog. Massenpsychose? — denn, und das ist das Entscheidende, in der Massenpsychose kommen nur in extremer Weise diejenigen Charakterzüge zur Auswirkung, die latent in jeder Masse enthalten sind und zum Wesen der Massenpsyche als solcher gehören!

Die Erkenntnisvorgänge: logisches Denken und (vor allem: ethisches) Werten: Die Denk- und Wertungsvorgänge eines sonst normalen Individuums innerhalb der Masse zeichnen sich aus durch eine gegenüber der Norm größere Primitivität: das Zunächstliegende beherrscht das Bewußtsein, wie wir dies bei Kindern (auch Tieren) und zurückgebliebenen Erwachsenen beobachten, die unter dem Zwang des anschaulich Gegebenen stehen, dagegen weitere Zusammenhänge, komplizierte Mittel, vielgliedrige Umwege und entfernte Folgeerscheinungen ihres Handelns nicht zu überblicken vermögen. Was nur dem abstrakten Denken (welches komplizierte Beziehungen und scharfe Unterschiede in wenigen, abstrahierten und fein differenzierten Begriffen zu fassen vermag) zugänglich ist, ist dem Massendenken verschlossen. Durch seine Bindung an die Anschauung, aber auch durch andere Faktoren, welche wir noch kennen lernen werden, ist das Massendenken schwerfällig geworden. Kritik ist das Vermögen, auch kleine Denkfehler aufzuspüren; es leuchtet ein, daß das schwerfällige Denken der Masse nicht dazu imstande sein wird. Denn in der Masse geht überhaupt das Vermögen des genauen Vergleichens (mit seinen beiden Verzweigungen: Auffassung auch geringfügiger Unterschiede und Auffindung auch entfernterer und verborgener Übereinstimmungen), verloren; sowohl Analyse als Synthese (Kombinationsvermögen) ist dadurch gestört. Vor allem aber ist die *Spontaneität* des Denkens und Wertens weitestgehend aufgehoben: die Spontaneität äußert sich im Aufstellen von Fragen, im Auffinden neuer Probleme; im Lichte des aufgeworfenen Problems werden dann bestimmte Eigenschaften und Merkmale des zu beurteilenden Tatbestandes wesentlich, andere dagegen unwesentlich; die Scheidung des Wesentlichen vom Unwesentlichen, das Auffinden auch der verborgenen wesentlichen Züge ist der weitere Schritt spontan fortschreitenden Denkens. Alle diese Eigenschaften des spontanen Denkens schwinden in der Massenpsychose. — Nur der überragende, vielfach orientierte, alles genau mitberücksichtigende Denker ist auch „vielseitig“; das Denken des Massenmenschen dagegen ist ausgesprochen einseitig eingestellt; damit aber auch partiisch und allen abweichenden Auffassungen gegenüber unduldsam. Dies hängt teilweise zusammen mit der allgemeinen Schwerfälligkeit und Verengung des Massendenkens, teilweise aber noch mit anderen (unten zu nennenden) Faktoren, welche bestimmte Denkrichtungen besonders protegieren und zur Übermacht bringen. — So unzulänglich danach die Voraussetzungen des Massendenkens sind zur Ausbildung wohlbegründeter Überzeugungen, so

leicht stellt sich dennoch innerhalb der Masse der Glaube ein; auch diesen Zug finden wir allgemein häufig dort verbreitet, wo sich das Denken seiner ureigensten Aufgabe: zu erkennen und nur an das Erkannte zu glauben, noch nicht voll bewußt geworden ist. So ist das kindliche und das primitive Denken; und wenn auch die Masse aus erwachsenen Kulturmenschen bestehen kann, so wird sie durch die Schwerfälligkeit der Denkfunktion, wobei die führende Rolle dem Erkenntnisprinzip entgleitet, zurückgeworfen zu Glaubensformen, welche durch heterogene Momente bedingt sind. Und gerade innerhalb des psychologischen Massengeschehens finden sich, wie wir noch sehen werden, solche das Glauben der Masse beeinflussenden heterogenen Momente in großer Zahl. (Kurz erwähnt seien davon hier schon: starke Gefühlswerte, die Notwendigkeit rascher Entscheidung usw.) Sie drängen der Masse ihren Glauben auf; wechseln sie aber selbst, so wechselt damit auch der Glaube. Daher ist Wandelbarkeit der Überzeugungen die unsere Leichtgläubigkeit stets begleitende Kehrseite.

Soweit die Erkenntnisvorgänge. Welches Bild bietet die Massenpsychose im emotionellen Gebiete, im *Fühlen, Wollen, Handeln*? — Die Affekte entwickeln sich in der Massenpsychose oft zu einer außerordentlichen Höhe; sie spielen allerdings im massenpsychologischen Geschehen überhaupt eine große Rolle: die Masse ist affektgeladener als der Einzelne. Dies kommt darin zum Ausdruck, daß die Affekte sich nicht allein zu einer größeren Höhe, sondern auch mit einer größeren Impulsivität und Schnelligkeit entwickeln als im Einzelmenschen. Auch dies hängt z. T. mit der Reduktion des logischen Denkvermögens zusammen, denn das weite Zusammenhänge überblickende Denken legt in der Regel der Affektentwicklung und Äußerung Zurückhaltung auf, die Gefühle des kurzsinig Einseitigen dagegen sitzen im allgemeinen lockerer an der Oberfläche; doch auch hier kommen (s. u.) noch weitere gewichtige, die Affektivität steigernde Momente hinzu. Diese leichte Ansprechbarkeit der Affekte bedingt auch ihre Wandelbarkeit, da starke neue Gegenaffekte die eben bestehenden jederzeit aus dem Felde schlagen und verdrängen können. In ähnlicher Weise wirkt die Reduktion des Denkens und Werterkennens auch zur Vereinfachung und Vergrößerung der Affekte, denn nur auf einer klaren Erkenntnisgrundlage können sich fein differenzierte Wertungen und mit ihnen auch die entsprechenden Gefühle entwickeln. Die Einseitigkeit des Denkens führt ferner auch zur Einseitigkeit der Gefühle und damit auch zur Parteilichkeit und Unduldsamkeit des

Massencharakters: alle diese Eigenschaften weist jede psychologische Masse auf, sie alle steigern sich unter noch zu nennenden Bedingungen zu dem typischen Bild der Massenpsychose. — Die Qualität der Massenaffecte weist keine eindeutige Beschaffenheit auf: Begeisterung, Selbstvergessenheit, Tapferkeit, Opferwille; Übermut, Wildheit, Gehässigkeit, Grausamkeit; Traurigkeit, Verzweiflung, Schrecken — kommen vor. Doch sind sie, wie aus dem Vorangehenden folgt, stets einfach, elementar, die gröberen Affecte herrschen vor. — Zum vollständigen Bilde der Massenpsychose gehört endlich auch die übermäßige Aktivität und Impulsivität der Masse: dort, wo das normale Einzelindividuum sich die Situation noch wiederholt und reiflich überlegt hätte, gibt es für die Masse kein Überlegen mehr, sie geht vom Eindruck zum Affect, vom Affect unmittelbar zum Handeln über. Dieses Verhalten ist durch alle vorangehenden Charakterzüge der Masse, die Enge ihres geistigen Horizontes, wo keine hemmenden Gegeninstanzen sich finden, ihre Einseitigkeit, Leichtgläubigkeit und Affectivität nahegelegt, doch auch hier sind überdies noch besondere fördernde Faktoren zu berücksichtigen (s. u.), welche alle vorangehend genannten Eigentümlichkeiten der Massenpsyche sowie diese letztere begünstigen und sie schließlich in den ausgesprochenen Zustand einer Massenpsychose hineintreiben.

Wir fassen zusammen. Die Massenpsychose ist charakterisiert durch: Reduktion des logischen Denkens und des Werterkennens; das Denken ist schwerfällig, unfähig größere Zusammenhänge (Mittel, Wege, Folgen) zu überblicken; das Arbeiten mit Begriffen ist durch anschauliches Denken ersetzt; Vergleichstätigkeit (Finden von Unterschieden und Übereinstimmungen) ist geschwächt, Dinge mit einzelnen auffallend ähnlichen Zügen werden sofort auch schon gleichgesetzt, — damit sind Kritik, Analyse, Synthese gemindert; Eigentätigkeit, Spontaneität des Denkens und Wertens ist stark reduziert, neue Kombinationen, Probleme, Fragen werden nicht von der Masse, nur vom Führer erdacht und gelöst. Dazu kommt eine ausgesprochene Einseitigkeit des Massendenkens und Wertens; Parteilichkeit und Unduldsamkeit, ebenso Leichtgläubigkeit und Wandelbarkeit des Glaubens, seine starke Abhängigkeit von Gefühlen, Wünschen usw. Die Affecte steigen in der Massenpsychose rasch, steil und hoch an; schlagen nicht selten jäh um; sind vereinfacht, vergrößert und ebenfalls von großer Einseitigkeit. Der Qualität nach können sie ethisch positiv, negativ und neutral sein. Übersteigerte Aktivität und Impulsivität im Handeln vervollständigen das Bild der Massenpsychose.

4. Die „Massen-Situation“ als Ursache, die „Massenpsychose“ als Wirkung.

So ist die Massenpsychose, — woher aber kommt sie? Wir haben wohl gesehen, daß einzelne der aufgezählten Eigenschaften die anderen beeinflussen und fördern, und daß überhaupt eine rege Wechselwirkung zwischen den genannten Symptomen besteht; wodurch aber ist das Auftreten des gesamten Komplexes bedingt? Die Eigenschaften der Menschenmasse führen sich offenbar zurück auf die Eigenschaften der sie zusammensetzenden Individuen, die Massenpsychose ist letzten Endes eine Psychose der Einzelmenschen. Doch — und das ist das Interessante und Wesentliche — diese Einzelmenschen wiesen ja gar keine psychotischen Eigentümlichkeiten auf, bevor sie zu Mitgliedern der Masse wurden, noch auch behalten sie sie bei, wenn sie sich von der Masse trennen! Von der psychischen Zusammenballung der Einzelmenschen zu einer Menschenmasse geht also der sie bis ins Pathologische wandelnde Einfluß aus. Doch wo findet sich die Erklärung für eine solche Wirkung dieser „psychischen Zusammenballung“?

Die in der am Ende des Heftes beigelegten Tafel schematisch dargestellten Beziehungen geben die Antwort auf diese Frage. Ihre synoptische Darbietung erleichtert die Übersicht der vielfachen Beeinflussung des Einzelmenschen innerhalb der Masse, bis er in jenen pathologischen Zustand gerät, der sich durch ihn auch der ganzen Masse aufprägt. Die breite Kolonne (3) enthält den uns nun schon bekannten Symptomenkomplex der Massenpsychose, zwischen deren einzelnen Eigenschaften, wie wir bereits hörten, mannigfaltige Wechselwirkung besteht. Die rechts davon gelegenen Kolonnen 4—8 geben an „Die seelische durch die Tatsache der Massen-Bildung für den Einzelnen unmittelbar gegebene Situation“; die darauf folgenden 9—11: „Die Eigentümlichkeit der Situation, in der sich die Massen vorfinden“. Die Bedeutung dieser drei letzten Kolonnen geht aus ihren Überschriften hinreichend hervor: (Kolonne 9) „Hoher Affektwert der inneren und äußeren Situationen, in denen sich die Massen oft befinden“: Es ist Tatsache, daß große Menschenansammlungen (politische Versammlungen, Streiks, Börse, Feldzüge usw.) oft bei Anlaß wichtiger, das Wohl und Wehe jedes Einzelnen zutiefst ergreifenden Ereignisse stattfinden, daß folglich starke Affektwerte schon in der ganzen Situation des massenhaften Zusammentreffens liegen. Wenn Feuer im Theater ausbricht, der Krieg erklärt wird oder ein plötzlicher Kurssturz die Börse erschüttert, so handelt es

sich ja schon für jeden Einzelnen ums Dasein, Leben oder doch um seinen Wohlstand, begreiflich daher die Auslösung starker Affekte. — Die beiden angeführten Beispiele können uns auch schon die nächste Kolonne („Unübersichtlichkeit und Schwierigkeit der inneren und äußeren Situationen und Probleme, vor denen sich die Masse oft befindet“) exemplifizieren: Die Situation, vor der sich der einzelne Theaterbesucher beim Rufe „Feuer“ befindet, ist sowohl im Sinne der Beurteilung vorhandener Gefahr als auch der dagegen zu ergreifenden Mittel recht unübersichtlich. Erfährt er von einer Feuergefahr im eigenen Haus, so kann er sich zunächst durch eigene Wahrnehmung davon überzeugen, ob die Mitteilung denn überhaupt richtig ist, ferner ob die Gefahr wirklich groß ist, und endlich wird er durch eigenes Überlegen rasch entscheiden müssen, in welcher Weise sie abgewandt werden kann. Im überfüllten Zuschauerraum sind ihm eigentlich all diese Möglichkeiten genommen: er muß sich auf fremde Mitteilung, auf das Gerücht verlassen; er kann selbst keine Abwehrmaßnahmen treffen und muß rasch handeln, ohne die dafür notwendigen Tatsachenkenntnisse zu besitzen. Und welchen Überblick über die tatsächlichen Verhältnisse, Gründe und Auswirkungsmöglichkeiten einer Börsenkrise besitzt ein Durchschnittsaktionär bei der Nachricht von einem Finanzkrach? Nicht anders aber verhält es sich auch auf rein geistigen Gebieten, welche zu massenpsychologischen Erscheinungen und Massenpsychosen führen: es sind nämlich gerade diejenigen Gebiete, welche dem Fachgelehrten und Philosophen die schwierigsten Probleme stellen und über die auch unter Fachleuten noch längst keine Einigung erzielt ist, auf denen sich auch die massenpsychologischen Erscheinungen am häufigsten abspielen: das Gebiet der Weltanschauung (Religion), der Politik, der sozialen Fragen, der Wirtschaft und der schon erwähnten Finanz. Sie alle belegen die in der Kolonne 10 behauptete Tatsache der „Unübersichtlichkeit und Schwierigkeit der inneren und äußeren Situationen und Probleme, vor denen sich die Masse oft befindet“. Und man beachte ganz besonders, daß es gerade dieselben Gebiete sind, deren hohen und höchsten Affektwert wir oben kennen gelernt hatten! Starker Affekt verbindet sich also hier mit der Unübersichtlichkeit, so daß eine vernünftige, innerlich geklärte Stellungnahme doppelt erschwert wird. — Endlich zeigen die angeführten Beispiele auch die Wichtigkeit der letzten Kategorie (Kolonne 11) und bestätigen die Tatsächlichkeit der „Forderung raschen Entschlusses und Handelns, welche die Situation oft an die Masse stellt“. Und daß diese innere Drangsal rascher Entscheidung auf die Ausbildung ab-

geklärter Denk- und Wertungsakte ebenfalls hindernd einwirkt, leuchtet unmittelbar ein.

Wir werden weiter unten die psychologischen Folgerungen aus dieser „Eigenart der Situation, in der sich die Masse vorfindet“ und ihre Bedeutung für die Entwicklung der Massenpsychose zu ziehen haben. Wenden wir uns nun in systematischer Betrachtung der „seelischen durch die Tatsache der Massenbildung für den Einzelnen unmittelbar gegebenen Situation“ zu (Kolonne 4—8), indem wir gleichzeitig auch schon das Hervorwachsen der einzelnen Symptome der Massenpsychose aus dieser seelischen Situation heraus verfolgen. *Denn gerade dieses Hervorwachsen des Symptomenkomplexes (Kolonne 3) aus der unmittelbar gegebenen sowohl seelischen (4—8) als objektiven (9—11) Situation der Masse soll uns die Tabelle offenbaren!* Alles, was als Überschrift der Kolonnen 4—11 steht, bedarf zwar noch einer näheren Erklärung in unserer Darstellung, nicht aber einer kausalen Ableitung: es handelt sich um letzte unmittelbare Gegebenheiten, sei es der „gesamten Massensituation“, wie wir sie oben schon kurz angedeutet haben, sei es der „subjektiven Situation“, in welche eingetaucht sich der Einzelne in der Masse vorfindet (4—8). Dagegen ist es zunächst gar nicht selbstverständlich, daß sich innerhalb der Masse der in Kolonne 3 aufgestellte Symptomenkomplex entwickelt! Dessen kausale Erklärung ist anzustreben. Und diese ergibt sich uns in der Tabelle aus der Beziehung der „unmittelbar gegebenen Situation“ (Kolonnen 4—11) zu den einzelnen Symptomen in folgender graphischen Darstellung: Wenn nämlich aus dieser oder jenen Eigentümlichkeit der Massensituation ein bestimmtes Symptom der Massenpsychose hervorgeht, so wird in der entsprechenden Kolonne in der Zeile des hervorgerufenen Symptoms ein schwarzer Punkt eingesetzt. Beispielsweise wird das ruhig nüchterne, logisch konsequente Denken durch starke Affekte zweifellos gestört: daher ein Punkt in der 9. Kolonne, oberste Zeile, gegenüber dem Symptom „Reduktion des Vermögens, richtig zu denken und zu werten“. Damit wäre aber noch nicht die Erklärung gefunden für die so auffällige, ans Pathologische grenzende Veränderung des Einzelnen in der Masse, die unter besonderen Bedingungskombinationen geradezu zur Massenpsychose führt. Nun aber kann wahrgenommen werden, daß diese, den Denkverlauf störende Wirkung nicht allein von Kolonne 9 ausgeht; wir sehen uns vielmehr veranlaßt, in der Zeile der Denkreduktion in sämtlichen acht Kolonnen Punkte zu setzen, d. h.: alle acht in der Massensituation ent-

haltenen Einzelfaktoren wirken einmütig in derselben Richtung, sie unterstützen und verstärken so gegenseitig ihren Einfluß und erreichen schließlich jenes auf den ersten Blick erstaunliche Ergebnis in der Reduktion des logischen Denkens und Erkennens, das wir als Symptom der Massenpsychose vorfinden! Wir addieren nun auch räumlich diesen gleichsinnigen Einfluß, indem wir die Flächen der acht sich hier vorfindenden Punkte zusammenzählen und in der ersten linken Kolonne in entsprechenden Scheiben auftragen. In dieser Kolonne haben wir damit das Ergebnis der ganzen Untersuchung, das graphisch dargestellte Bild der Massenpsychose in ihrer kausalen Abhängigkeit von der subjektiven und objektiven Massensituation, in welcher sich das Einzelindividuum, das zum Bestandteil einer Masse wird, unmittelbar vorfindet!

Schematisch ist damit unsere Methode aufgezeigt und die Erklärung für die Entstehung der Massenpsychose aus den psychischen Veränderungen jedes einzelnen innerhalb der Masse gegeben. Unser Erklärungsversuch bedient sich der Summation einzelner relativ schwächerer Ursachen zu einer überwältigenden Gesamtwirkung; einer Erklärungsweise also, welche nicht allein in der Physik (z. B. bei der Resonanz gleichgestimmter Stimmgabeln), sondern ganz besonders auch in der Biologie und der Krankheitskunde auch sonst mit viel Erfolg verwendet wird. Doch bleibt uns noch die nähere Erklärung der „seelischen Massensituation“ übrig, wie sie in den Kolonnen 4—8 gefaßt worden ist, und der Nachweis, daß sich aus ihr jene Änderung, wie sie durch untenangebrachte Punkte versinnbildlicht wird, auch wirklich mit innerer Notwendigkeit ergibt.

5. Besetzung des Bewußtseins durch die von der Masse herkommenden Reize (Kolonne 4).

Es ist eine allgemein bekannte, durch die experimentelle Psychologie aber auch quantitativ erforschte Tatsache, daß sich unsere Denkvorgänge nur bei einer entsprechend adäquat eingestellten Aufmerksamkeit optimal entwickeln, daß jede Aufmerksamkeitsstörung zur Minderung der Denkleistung führt. Versuche zeigen, daß diese Reduktion des Denkens auch schon durch relativ kleine Aufmerksamkeitsablenkungen einen unerwartet hohen Grad erreicht und daß dabei in erster Linie die schwierigeren, höheren Denkleistungen zurückgehen, während die assoziative Tätigkeit sowie die elementarsten Denkvorgänge noch länger erhalten bleiben. Man versuche zu zählen und gleichzeitig etwas zu lesen: Bei leichtem, geläufigem Text.

der mit einfachen Tatbeständen arbeitet, wird man mit dem Verständnis noch vielleicht nachkommen können; alles Höhere, Feinere, Schwierigere dagegen übersteigt schon die Auffassungsfähigkeit des durch diese doch so einfache Nebenaufgabe innerlich besetzten Bewußtseins. — Beobachtet man sich nun innerhalb einer Menschenmasse, z. B. nur schon bei einem einfachen Straßenauflauf, in einer Parteiversammlung oder dergleichen, so wird man leicht bemerken, wie stark das Bewußtsein durch die von der Masse herkommenden visuellen, akustischen und die übrigen Sinneseindrücke besetzt und eingenommen ist. Der Versuch, sich innerhalb einer Masse auf eigene Gedanken zu konzentrieren, kritisch Stellung zu nehmen, stößt auf größte Schwierigkeiten und mißlingt in der Regel gänzlich. Nicht umsonst suchen wir stille Orte auf, wenn wir uns innerlich sammeln wollen. Die Masse ist das Gegenteil eines Ortes inniger geistiger Sammlung (und je aufgeregter sie ist, desto mehr wächst natürlich diese Schwierigkeit, — doch von den Affekten ist hier noch nicht die Rede). Wir werden daher nach diesen allgemein psychologischen Gesichtspunkten erwarten müssen, daß das höhere logische Denken und Erkennen (Werterkennen) des normalen Individuums innerhalb der Masse eine beträchtliche Reduktion erfahren wird: daher der erste Punkt links oben! — Nun haben wir schon früher erfahren, daß die Reduktion des Denkens und Erkennens auch auf die untenfolgenden Symptome fördernd wirken kann, daß z. B. die Reduktion der Erkenntnis sich mit einer Steigerung der Leichtgläubigkeit und Wandelbarkeit des Denkens, mit einer größeren Ansprechbarkeit der Affekte, vor allem auch mit ihrer Vereinfachung und Vergrößerung, und endlich dank der Einseitigkeit der Beurteilung auch mit einer größeren Bereitschaft zum Übergang ins aktive Gebiet des Handelns verbinden kann; wie ja nach unseren früheren Feststellungen sich die Symptome überhaupt vielfach gegenseitig beeinflussen. Doch geht dieser Einfluß dann nicht direkt von dem ersten symptom-bildenden Faktor, nämlich der „Bewußtseinsbesetzung durch Massenreize“ als solcher aus, daher fehlen weitere Punkte in der ersten Kolonne. — Es ist übrigens noch zu beachten, daß die symptomenschaaffende Wirkung dieses Faktors der Massensituation nur für die auch räumlich zusammengehaltene Masse in Betracht kommt.

6. Gemeinsamkeitsbewußtsein der Masse (Kolonne 5 und 6).

Worin das Wesen des Gemeinschaftsbewußtseins besteht, und wie es entsteht, haben wir schon kennen gelernt: Das Bestehen gleicher Ziele, gleicher Ideale, gleicher Interessen, gleicher Strebungen,

der gleichen Denkungsart, der gleichen Affekte und Gefühle — und darüber hinaus das unmittelbare Wahrnehmen dieser Übereinstimmung meines Denkens, Fühlens, Wollens mit demjenigen mich umgebender Menschen erzeugt die eigentümliche und innige psychologische Bindung, die in den Worten „gemeinsames Erleben“ und „Gemeinschaftserlebnis“ zum Ausdruck kommt. Es handelt sich dabei in der Tat um ein recht eigentümliches psychologisches Phänomen: Im Gemeinschaftserlebnis faßt der Einzelne sich nicht mehr als Einzelnen neben Anderen auf, er faßt sich vielmehr als Bestandteil einer übergeordneten Einheit auf, welche im Worte „Wir“ liegt. „Unser Held, unser Sieg, unser Wille“ beinhalten eine innige Verschmelzung der Individuen zu einer Gemeinschaft, die, wenn sie innerlich geordnet und organisch geworden ist, den Namen Volk, Staat, mit einem Wort: „soziale Gemeinschaft“ verdient, — wenn sie dagegen des organischen Wachstums, der inneren Gliederung und Ordnung entbehrt — zur Masse wird. Doch muß betont werden, daß massenpsychologische Vorgänge, bis zur ausgesprochenen Massenpsychose hinauf, sich ebenso auch ganzer soziologischer Gemeinschaften bemächtigen können, wenn die Gesamtwirkung der massenbildenden Faktoren (der „Massensituation“) eine unaufhaltbare Stoßkraft entwickelt.

Der Zusammenschluß im „Wir“ kann die verschiedensten Grade besitzen, vom losen „Wir“ einer zufällig bei einem Straßenauflauf zusammengetretenen Menge bis zu der innigsten Bindung innerhalb einer Interessengemeinschaft, einer Partei, einer religiösen Sekte, eines Freundschaftsbundes, einer Familie u. s. f. Begreiflich, daß auch das Gemeinschaftsbewußtsein der Masse um so ausgeprägter wird, je tieferreichende Interessen, je stärkere Affekte sie verbinden und in einen Gegensatz stellen zu dem gegenüberstehenden „Ihr“. Auch dies ist, nebenbei bemerkt, ein Gesetz der Massenpsychologie, daß der enge Zusammenschluß nach innen gleichzeitig eine Abspernung nach außen bewirkt: dem vertrauten und geliebten „Wir“ stellt sich leicht das „Ihr“ fremd und feindlich dar. — Ein relativ starkes Gemeinsamkeitsbewußtsein kann aber auch ad hoc zwischen Menschen entstehen, die sonst durch keine näheren Bande verknüpft sind; schon die Zuschauermenge bei einer Schaustellung fühlt sich als „Wir-Zuschauer“, eine plündernde Menge, eine durch irgendwelchen gemeinsamen Eindruck zu gleicher Empörung aufgepeitschte zufällig sich zusammengefundene Menschenmasse besitzt schon in ausgesprochener Weise dieses Gemeinschaftsbewußtsein. Die für die Massenpsychologie und Pathologie sich daraus ergebenden Folgen sind von doppelter Art:

a) „Bewußtsein der körperlichen Macht und der
Straflosigkeit der Masse“ (Kolonne 5).

Indem sich der Einzelmensch als Glied der übergeordneten Massengemeinschaft fühlt, handelt er nicht mehr auf sein eigenes Konto und Risiko, nicht er ist es, „der's getan hat“, sondern die Masse, Alle. Was zu vollbringen allein er niemals imstande wäre, was er nie auch nur unternommen hätte (ein Schloß stürmen, einen Palast einäschern), das vermag er in der Masse, vermag die Masse. Und niemand straft ihn; erstens weil er, der Einzelne, sozusagen als solcher gar nicht mehr existiert, er verschwindet in der Masse, seine Anonymität eines „bloßen Massenbestandteiles“ deckt ihn; zweitens weil er in der Masse plötzlich eine Kraft im Handeln erhalten hat, die er früher nie besaß: niemand wird es wagen, sich ihm gegenüberzustellen, ihn gar zu bestrafen! So beschaffen ist das (gewiß nur bis zu einem gewissen Grad berechnete) Bewußtsein des Einzelnen in der Masse, das Massenkraftbewußtsein. — Und was folgt aus diesem eigenartigen Bewußtseinszustand für unser Problem der Massenpsychose?, wie wirkt sich dieses Bewußtsein in den Denk- und Willensvorgängen des Menschen aus? Wir werden nicht lange nach einer Antwort suchen, wenn wir uns andere bekannte Beispiele von Situationen ansehen, wo sich große Macht mit Straflosigkeit vereinigt findet. Das Bild eines Despoten gibt uns die erwünschte Antwort: Der Despot neigt im allgemeinen nicht dazu, in selbstlos kritischem Denken nach der oft nur mit Selbstüberwindung zu erlangenden Wahrheit zu streben. Gewohnt, ausschließlich nach seinem Willen zu verfahren, behält er auch der Wahrheit gegenüber diese Einstellung bei: „Was ich befehle, das ist wahr!“ Die reine Denkeinstellung wird ihm abgehen und damit sinkt sein Denk- und Erkenntnisniveau. Leichtgläubigkeit und Abhängigkeit der Überzeugung von Gefühl und Wunsch ergeben sich ebenso natürlich aus der Despoteneinstellung, — daher die Günstlingswirtschaft, das ersehnte Tätigkeitsfeld des Schmeichlers. Daher auch die Wandelbarkeit der Überzeugungen; daher die Einseitigkeit, Parteilichkeit, Unduldsamkeit — sie sind alle selbstverständlich dort, wo die durch Macht- und Straflosigkeitsbewußtsein bedingte Willkür herrscht. — Auch das Fühlen des Despoten ist durch das Machtbewußtsein direkt und indirekt bestimmt. Stets wenn die objektiv-nüchterne Denkeinstellung abnimmt, nimmt das emotionale Verhalten zu. Die Intensität der durch nichts gehemmten Affekte wächst und mit ihnen auch deren leichte Ansprechbarkeit. Beschränkung und Hemmung verfeinern das Gefühlsleben des Menschen, die Möglichkeit, sich jeder

Regung des Wünschens und Fühlens hinzugeben, vergrößert und vereinfacht dagegen sein Fühlen. Nur wenige Menschen besitzen die Kraft, sich diesem verflachenden Einfluß der Macht und der durch sie gegebenen grenzenlosen Möglichkeiten glücklich zu entziehen. Die Wandelbarkeit, Einseitigkeit, Parteilichkeit und Unduldsamkeit des despotischen Fühlens und Handelns ist sprichwörtlich und braucht nicht näher begründet zu werden. Ebenso steht es mit dem Übermut, der Reizbarkeit, der Heftigkeit der menschlichen Natur, wenn sie sich unter solchen exzeptionellen Bedingungen auswirken kann; ja, es zeigt sich sogar eine größere Portion Grausamkeit in der Psyche des Menschen verborgen, als wir sie anzunehmen pflegen. Selbstverständlich werden die sittlich positiven Eigenschaften durch die Despoteneinstellung nicht gefördert. Wohl aber die Aktivität und Impulsivität des Verhaltens: Nicht gewohnt, seinem Willen Hindernisse vorgelegt zu sehen, schreitet der Despot bei jeder Regung seines Willens augenblicklich zur Tat. — Und nun vergleiche man diese Schilderung mit den auf unserer Tabelle angebrachten Punkten der 5. Kolonne, um sich den Einfluß der aus Kraft- und Strafflosigkeitsbewußtsein der Masse entspringenden „Despoteneinstellung“ auf die Entwicklung massenpsychotischer Symptome völlig klar vor Augen zu führen!

Von nicht geringerer Bedeutung ist auch die zweite psychische Auswirkung des Gemeinschaftsbewußtseins:

b) Das Bewußtsein der seelischen Macht der Masse
(Kolonne 6).

In der Masse fühlt sich der Einzelne nicht durch seinen eigenen Willen bestimmt, sondern durch den Massenwillen getrieben. Er hat den Eindruck, daß er sich selbst nicht zu entscheiden, nicht die Kraft des Entschlusses aufzubringen braucht, seine Willenstendenzen gestalten sich von selbst in der Richtung des Massenwillens. Und diesem, als dessen Bestandteil er sich fühlt, kommt eine Bedeutsamkeit, eine Wucht, eine Autorität zu, welche die des einzelnen Menschen weit überragt. Es ist nicht mehr die körperliche Kraft, deren Bewußtsein ihn umfaßt und bestimmt, sondern das Bewußtsein der geistigen, ihn erfassenden, durchdringenden Wucht, das sein Erleben und Handeln nunmehr bestimmt. Die für ihn sonst gültigen Wertungen und Urteile über „gut und schlecht“, „erlaubt und nicht erlaubt“, „tollkühn und ungefährlich“, „erfüllbar und unerfüllbar“, „schwierig und leicht“ treten in den Hintergrund, werden verdrängt durch die auf ihn unmittelbar wirkende Wucht des Massenwertens und Wollens.

Daraus ergeben sich für das Werten und Handeln des Einzelnen in der Masse zwei wichtige Konsequenzen: Wird die Masse von einem starken Willen beherrscht, wie dies z. B. der Angriffswille im Krieg ist, beim Erstürmen einer feindlichen Festung u. dgl., so fühlt der Einzelne ebenfalls die Macht dieses übergeordneten Willens in sich wirken und wird zu Leistungen fähig, auf deren Kraftentfaltung, Tollkühnheit und Selbstvergessenheit er selbst nachher erstaunt zurückblickt. Die — wenn auch oft nur kurzlebige — Energie des Massenhandelns übersteigt also nicht selten bei weitem die Energie, zu der sich der Einzelne aufzuraffen imstande wäre, — dies ist jene Grundlage, auf der sich unterschiedslos Heldentum und Verbrechen entwickeln kann. Wenn wir das moralische Niveau der Masse mit demjenigen des Einzelnen vergleichen, so steht die Masse zweifellos im allgemeinen tiefer, denn viele Faktoren der Massensituation wirken dahin, die ethisch minderwertigeren Affekte und Strebungen zu fördern (man vergleiche den Durchschnittswert der ethisch positiven und negativen Massensymptome in der Tabelle). Hier aber haben wir in der Tat einmal einen Faktor vor uns, der auch Selbstlosigkeit, Begeisterung, Kühnheit, Opferbereitschaft in hohem Maße auslösen kann, — falls der Zufall es will, daß der Masse ein wirklich erhabenes Begeisterungsobjekt (z. B. aus Kolonne 9) dargeboten wird. Häufiger geschieht es aber, wie sich dies z. B. auch schon aus der Despoteneinstellung ergibt, daß sich die Masse zu einem Handeln hinreißen läßt, welches der Einzelne als nicht mit seinen ethischen Anschauungen verträglich abgelehnt hätte; in der Masse aber tut er mit, weil sich ihm die ethische Autorität des Massenwertens und Handelns unwillkürlich aufdrängt und ihn suggestiv gefangen nimmt. „Wenn alle es tun (und innerhalb der Masse stellt für den Einzelnen die Masse — Alle vor!), so darf man es offenbar auch tun!“ (Sind wir nicht alle in diesem Sinne stets etwas Massenmenschen, indem wir so manchen Brauch, so manche sozialen Ungerechtigkeiten u. dgl. unbedenklich übernehmen — weil sie nun einmal Brauch und Sitte sind?) — „Der gemeinsame Wille ergreift den Mann und heiligt die Tat.“

Man vergleiche auch hier wieder die in der sechsten Kolonne aufgetragenen Punkte mit dieser Beschreibung: Das selbständige Denken des Einzelnen wird unterdrückt durch die überragende Wucht der Massenautorität, der er sich auch in seinen Anschauungen und Wertungen fügt; und diejenigen Denkrichtungen und Regungen, welche der Hauptrichtung des Massendenkens nicht entsprechen, kommen im Individuum gar nicht erst zur Entfaltung, sie werden von ihm schon im Keime erstickt, — daher die Einseitigkeit des

Massendenkens; daher auch dessen Leichtgläubigkeit und Wandelbarkeit, denn die kritiklose Übernahme des „allgemeinen“, uns durch Autorität aufgezwungenen Glaubens ist Leichtgläubigkeit. Leicht läßt sich aus der seelischen Wucht der Masse auch die Erhöhung der Affektstärke, der Affektivität, der häufig sich einstellenden Vergrößerung und Einseitigkeit der Affekte sowie die Aktivität der Masse ableiten. Wir sagen vorsichtiger: „es läßt sich eine gewisse Förderung all dieser Eigenschaften ableiten“, — denn das Endergebnis, die Entwicklung der über die Grenzen des normalen psychischen Geschehens hinausgreifenden Massenpsychose ist ja das Werk keines einzelwirkenden Massenfaktors, sondern der Summe ihrer aller!

7. Die psychische Ansteckung (Kolonne 7).

Was psychische Ansteckung ist, wissen wir: es ist das Erliegen der Wahrnehmung fremden Erlebens in dem Maße, daß sich das eigene Erleben dem fremden angleicht. Nach den eben durchgeführten Entwicklungen werden wir leicht verstehen, daß die Ansteckung auf der Grundlage des Gemeinsamkeitsbewußtseins ganz besonders hohe Grade erreichen wird. Zwar bedarf es dieser Grundlage nicht unbedingt: das Gähnen, Lachen und manche Affektäußerung hat einen so starken Ansteckungswert, daß sie sich leicht einfach von Mensch zu Mensch fortsetzt. Dagegen erschwert das Bewußtsein der Gegensätzlichkeit die Ansteckbarkeit im allgemeinen ebensosehr, wie sie das Gemeinschaftsbewußtsein fördert: Der in eine christlich-soziale Parteiversammlung hineingeratene Sozialdemokrat wird von der begeisterten Aufnahme einer Propagandarede ebenso wenig angesteckt wie ein Christlich-Sozialer von sozialdemokratischen Kundgebungen! — In Analogie zur physiologischen Ansteckung lassen sich nämlich auch bei der psychologischen drei Momente unterscheiden, die ihre Wirksamkeit bedingen: Virulenz der Keime, Disposition des Empfängers und Anzahl der einwirkenden Keime. Virulent in ihrer Ansteckungskraft sind starke, eindringlich geäußerte Affekte (Zorn, Schrecken, Verzweiflung usw.). Die wichtigste Disposition zur Ansteckung bringt das eben besprochene Gemeinschaftsbewußtsein. Die Keimzahl endlich läßt sich vergleichen mit der Anzahl der auf uns einwirkenden Wahrnehmungen fremder Willens- und Affektäußerungen: wir widerstehen leicht dem Seelenzustand eines einzelnen; schwerer, wenn eine Anzahl gleichgesinnter Menschen uns umgeben, und nur mit Anspannung aller Energie, wenn sich das Erleben, Fühlen und Wollen aller uns umgebender Menschen restlos und gleichsam selbstverständlich in

einer Richtung bewegt. Man nehme alle drei Faktoren, Eindringlichkeit der Affekte, Disposition und Menge der einwirkenden gleichen Reize, zusammen, so wird die Ansteckbarkeit die höchsten Grade aufweisen: in der Masse wirken sie aber in der Regel alle drei zusammen! — Es leuchtet ein, daß daraus eine ähnliche Beeinflussung der Einzelpsyche hervorgehen wird, wie wir sie schon bei der Wirkung des Gemeinschaftsbewußtseins vorfanden: Das eigene Denken ist reduziert, einseitig, leicht die Überzeugungen der Masse übernehmend. Von besonderem Interesse ist aber die Auswirkung der Ansteckung im Gebiete der Affekte: A steckt den B, B den C, C den D an, und der Zustand von B, C, D wirkt auch wieder auf A zurück, seine Affekte steigernd! Durch diesen Kreisprozeß werden die Affekte und die Affektivität der Masse ganz besonders stark über das normale Maß hinausgehoben (vergl. Tabelle!).

8. *Der gemeinsame Tiefennenner der Masse* (Kolonne 8).

Der letzte Faktor der subjektiven Massensituation ist von eigener Art. — Eines ist klar, in der Masse kann sich nur dasjenige vereinigen und äußern, was allen Gliedern oder doch der Mehrzahl gemein ist. Feinere, persönliche Eigentümlichkeiten, alles Differenzierte und daher Auseinanderstrebende hebt sich gegenseitig auf und verschwindet. Es lassen sich nun aber in jedem Menschen verschiedene Tiefenschichten der Persönlichkeit unterscheiden: 1. Seine durch Erziehung, Religion, Gesetze, öffentliche Meinung, die geltende Moral und die Notwendigkeit, sich in die Umgebung zu fügen, mit ihr auszukommen und daher manche unmittelbare Trieb- und Seelenregung zu unterdrücken — im Laufe des Lebens ausgebildete „zweite Natur“, wie wir sie an unserem Mitmenschen zu sehen gewohnt sind. 2. Dahinter stehen aber die gewandelten, kultivierten, nach und nach geordneten, aber unter Umständen doch wieder zu ihrer ursprünglichen Gestalt sich zurückverwandelnden, primitiveren psychischen Prozesse. So funktioniert z. B. unser Denken nicht immer gleich gut, es bedarf einer gewissen inneren Anstrengung, damit der logische Zusammenhang immer über der verlockenden, einfacheren, anschaulichen Analogie triumphiert, damit wir die Bedeutung des Näheren, sich unmittelbar Aufdrängenden nicht überschätzen im Vergleich mit dem zwar logisch Erkannten, aber nur in der Ferne Gelegenen, nur durch die logische Schärfe des Denkens sicher Erschlossenen. Gibt unser Geist nach (mit fortschreitendem Alter, in der Ermüdung oder unter der Wirkung irgendwelcher anderen Faktoren), so sinkt unser Denken auf der ganzen Linie zu jenem

überwundenen, primitiveren Zustand zurück, der seiner in der Tiefe lauert. Nicht weniger gilt dies natürlich auch von unserem emotionalen und voluntativen Erleben: Steckt nicht in fast jedem von uns ein gewisses Rachebedürfnis, das zwar von uns verurteilt und abgelehnt wird, das häufig überdies auch schon rein formal ungerecht ist, das wir im normalen Zustand nie mit Wissen zur Tat werden lassen, — das aber dennoch da ist? Finden sich nicht auch Neid- und Schadenfreude-Regungen, vielleicht auch Grausamkeit und Feigheit und wohlfeile Lustbefriedigung und manches andere noch in der Seele auch des wirklich guten Menschen als dunkler Überrest der primitiveren Entwicklungsstufen und als Mahner, daß er doch nur ein Mensch ist und nil humanum ab eo alienum est? Schon bei der Besprechung der Kolonne 4 und 5 (Aufmerksamkeitsstörung und Despoteneinstellung) rührten wir leise an diesen Tatbestand, nun kommt er zur verstärkten Geltung im Zusammenhang mit der Übereinstimmungsforderung des massenpsychologischen Geschehens. Denn gerade dieses Primitivere, nur Menschliche oder, wenn man will, Vormenschliche, das noch wenig von der höheren Differenzierung des Kulturmenschen an sich hat, — das bildet eine weitgehend übereinstimmende Grundlage in der menschlichen Masse und wird sich daher besonders leicht äußern können im massenpsychologischen Geschehen. Und dies besonders dann, wenn ihm von irgendeiner anderen Seite die Verhältnisse günstig entgegenkommen, wenn z. B. das Macht- und Straflosigkeitsbewußtsein und mit ihnen die Despoteneinstellung sich hinzugesellen und die gewohnten Hemmungen hinwegräumen. Dann werden unsere Affekte leicht einseitig, denn es ist leichter einseitig für oder wider Partei zu ergreifen, als alle Für und Wider mit peinlicher Gewissenhaftigkeit gegeneinander abzuwägen, um vielleicht am Ende zu der Überzeugung zu gelangen, daß eine Entscheidung unmöglich ist; dann sinkt auch unser Denken, entsprechend den in dieser Kolonne angebrachten Punkten in den primitiveren Zustand zurück. Und so entsteht wieder eine Reihe von seelischen Veränderungen (wie sie in Kolonne 8 angemerkt sind), die mit den Symptomen der Kolonne 3 identisch sind, deren Steigerung in der Massenpsychose sie also vorbereiten helfen.

9. Die Eigentümlichkeit der Situation, in der sich die Masse vorfindet.

Die betreffenden Kolonnen 9—11 haben wir kurz schon erklärt, es handelt sich darum, auch aus ihnen die psychologischen Folgerungen für die Massenpsychose zu ziehen. — Der starke Affektwert massenpsychologischer Situation (Kolonne 9), der durch die affekt-

betonten Anlässe entsteht, welche Menschenmassen zusammenführen oder zusammenhalten, wirkt wie jeder starke Affektzustand auf das klare, folgerichtige, durch heterogene Faktoren unbeirrte Denken außerordentlich verheerend ein; die rein assoziativen, tief eingewurzelten Verbindungen springen hervor, der Überblick verengt sich in geradezu erstaunlichem Maße und Wunsch und Gefühl gebieten über Glaube und Überzeugung. Starke Affekte neigen auch dazu, alle gegenstehenden Gemütsregungen hinauszudrängen und einseitig das Feld zu beherrschen; bei gleichzeitigem Zurückdrängen der intellektuellen Prozesse kann auf diese Weise eine ausgesprochene Vergrößerung des Fühlens mit sich hinzugesellendem Tatendrang eintreten.

Ob das Denken nachläßt — oder die Schwierigkeit der zu lösenden Aufgabe zunimmt und die Fähigkeiten des Menschen übersteigt (Kolonne 10), kommt im Endeffekt fast auf dasselbe heraus. Wo keine klare unbeirrbarere Erkenntnis, dort entsteht die Überzeugung leicht aus heterogenen Faktoren; dort ist die Affektivität leicht gesteigert, weil die überlegene Ruhe des weithinblickenden Geistes fehlt; dort Einseitigkeit, Parteilichkeit und Unduldsamkeit des Individuums, das, der vielseitigen Betrachtung und Bewertung der Situation nicht gewachsen, sich eigensinnig an die Brocken hält, die es erwischt; dort, aus dem Gefühl der Unzulänglichkeit und der Erregung heraus, Impulsivität und blinder Tatendrang (s. die entsprechend dieser Beschreibung in Kolonne 10 angebrachten Punkte).

Es bedarf endlich nur eines allgemeinen Hinweises auf die Wirkung der „Not zur Tat“ (Kolonne 11), der unabweisbaren Notwendigkeit, rasch zu handeln, und dies gar noch unter unübersehbaren, stark affektbeladenen Umständen, um den das Denken störenden, die Einseitigkeit sowie das blinde Handeln fördernden Einfluß dieses Faktors zu erkennen.

Und nun überblicke man in dieser Einstellung zunächst die in den drei letzten Kolonnen, und dann auch die über die ganze Tafel eingetragenen Punkte als symptomfördernde Einzelfaktoren, *deren gleichzeitiges, gleichsinniges Wirken sich notwendig summieren muß*, — *wie dies in der ganz links stehenden, ersten Kolonne auch anschaulich dargestellt ist* —, und man hat die Lösung der Massenpsychose in der Hand. Es gehört zum Wesen der Massensituation, daß aus ihr mit großer Leichtigkeit die Massenpsychose hervorbrechen kann, so wie der Funke hervorspringt aus dem unvorsichtig geritzten Feuerstein!

Noch eine letzte Frage: trägt die „Massenpsychose“, wie wir sie kennengelernt haben, mit Recht diesen Namen; läßt sie sich mit den bekannten Bildern der Individualpsychosen vergleichen, ist sie eine echte psychische Erkrankung? Sicher weist ihr Symptomenkomplex gewisse Ähnlichkeiten zu bestimmten psychischen Krankheitsbildern auf, so erinnert manches in ihr an die Hysterie; dennoch ist sie ihrer ganzen Entstehung, ihrer kausalen Bedingtheit und ihrem Wesen nach eben doch etwas ganz Eigenartiges. Vielleicht läßt sie sich eher mit gewissen Stadien der Trunkenheit als mit einer echten Krankheit vergleichen. Doch mag ihr der hergebrachte Name „Massen-Psychose“ bleiben, denn durch die Zusammenziehung der beiden Worte in ihrer Bezeichnung kommt ihre Einzigartigkeit hinreichend zum Ausdruck.

Pathographie und Psychoanalyse.

Von

Dr. E. HITSCHMANN,
Wien.

Lassen Sie mich auf diesem vielseitigen Kongreß auch jener Psychopathologen gedenken, welche scheinbar den ärztlichen Wirkungskreis überschreitend, sich hartnäckig unter die Biographen und Literarhistoriker mischen.

Möbius kam bekanntlich mit grobem Geschütz und seine Pathographien aus dem Anfang dieses Jahrhunderts — über Nietzsche, Schopenhauer, Goethe u. a. — haben Bewunderung und Aufsehen, aber auch recht unliebsames erregt. Nun hat aber dieses 20. Jahrhundert große Fortschritte gebracht, „ein wunderbares Zeitalter mit seinem neuen Geist, dem Wahrheitsstreben und der Tatsachenliebe, dieser Leidenschaft für das Werden und das Wirkliche“.

Zweifellos hat das Interesse für psychologische Fragen zugenommen und die Lage eines besiegten Volkes ist weiter einer Verinnerlichung nicht ungünstig. Das allgemeine Interesse für die Persönlichkeit großer Männer ist im Zunehmen, die biographische Literatur meistgelesen.

Es sind nicht die Tatsachen ihres Lebens, die am meisten interessieren. Das Werden und das seelische Moment, die Deutung der Persönlichkeit, die Wurzel und den tieferen Sinn der Werke im

Zusammenhang mit dem Schaffenden will man mitdargestellt finden; daher der Erfolg von Biographien aus der Feder von Emil Ludwig oder Stefan Zweig, dem Dichter. Kurz gesagt, es ist die psychologische Biographie, die sich die Leser erobert hat. Man will nicht bloß Tatsachen und Beschreibung, man will verstehen!

Es ist der gleiche Weg, den die Psychiatrie gegangen ist: der Weg von der Beschreibung, der Phänomenologie, zum Verstehen, zur Analyse.

Jene frühen psychiatrischen Pathographien, welche vor allem die psychischen Störungen bei geistig hervorragenden Persönlichkeiten behandelten, wurden als Herabsetzung von Idealen empfunden, als Entwertung von Geistern, die ein Besitz der Nation seien. Man ging von dem Irrtum aus, daß eine geistige Störung jedesmal moralisch oder intellektuell entwerten müsse. Vielleicht war es der Narzismus des Fachmannes, der — wie jeder Handwerker sein Fach und seine *termini technici* gern in den Vordergrund schiebt — hier zu viel des Guten tat.

Hier ist aber Vieles anders geworden, nicht zuletzt durch die Bemühungen der Psychoanalyse. Wir wissen nun, daß Gesunde und Kranke, Normale und Nervöse nicht scharf voneinander zu sondern sind; alle Menschen haben dieselben Komplexe zu überwinden, und nur die Quantitäten machen im allgemeinen die Unterschiede aus. Neurotische Züge sind nicht Beweise einer allgemeinen Minderwertigkeit. Wir wissen heute durch Freud, daß die neurotischen Symptome Ersatzbildungen für gewisse Verdrängungsleistungen sind, welche wir im Laufe unserer Entwicklung vom Kinde zum Kulturmenschen zu vollbringen haben. Nur die Anzahl, Intensität und Verteilung dieser Ersatzbildungen rechtfertigen den praktischen Begriff des Krankseins und den Schluß auf konstitutionelle Minderwertigkeit. Der Große, der Geniale, der Schaffende beruht nicht auf milden, harmonischen Anlagen: Leiden und Überwinden in innerem Kampf sind sein Schicksal.

Wenn sich der Pathograph auch jeder Wertung des Geschaffenen enthielt — was eine gerechte Einschränkung bedeutet —, man fand ihm vorzuwerfen, er gelange nie zum Verständnis der Bedeutung des behandelten großen Mannes oder seiner Leistungen. Aber die ärztliche Pathographie setzte sich überhaupt nicht das Ziel, die Leistung des großen Mannes verständlich zu machen. Es wurde auch der Vorwurf erhoben, es sei unnützer Mutwillen, am großen Mann Dinge zu studieren, die man ebenso am erstbesten andern finden könne. Dies war nicht richtig, weil viele dieser großen

Männer tiefe Selbstbeobachter sind und wertvollstes psychologisches Material über sich und ihr Werk aussagen. Sie sind auch deshalb so geeignete Objekte für Analysen, weil über den Berühmten oft reichliche Widerspiegelungen in Zeitgenossen vorliegen, weil unendliches Detail oft gesammelt ist, Briefe, Träume, Fantasien, Entwürfe vorliegen u. a. Gerade die Psychoanalyse hat gelehrt, das Kleine zu beachten, das Anekdotische nicht zu unterschätzen. Ganz besonders aber lassen Autobiographien von psychologisch vertieften Dichtern und Denkern sich reichlichst auswerten.

Es kann auch keineswegs geleugnet werden, daß jene psychiatrischen Pathographien Interesse und Aufsehen erregten, mehr Interesse, als viele sonst sachliche Biographien.

Man war nämlich von den Biographen oft enttäuscht und gewohnt, daß sie uns nichts anderes darboten, als kalte, fremde Idealgestalten, anstatt des Menschen, dem wir uns entfernt verwandt fühlen könnten.

„Die Biographen erwiesen sich in ganz eigentümlicher Weise an ihre Helden fixiert. Sie hatten ihn häufig zum Objekt ihrer Studien gewählt, weil sie ihm aus Gründen ihres persönlichen Gefühlslebens von vornherein eine besondere Affektion entgegenbrachten,“ sagt Freud, hiermit die Analyse des Biographen, des biographischen Bedürfnisses in Angriff nehmend. Jene Biographen geben sich einer Idealisierungsarbeit hin, die bestrebt ist, den großen Mann in die Reihe ihrer infantilen Vorbilder einzutragen, etwa die kindliche Vorstellung des Vaters in ihm neu zu beleben. Sie löschten diesem Wunsche zuliebe die individuellen Züge in seiner Physiognomie aus, glätteten die Spuren seines Lebenskampfes mit inneren und äußeren Widerständen, duldeten an ihm keinen Rest von menschlicher Schwäche oder Unvollkommenheit. Ein vergöttlichender Genie-Kult wurde betrieben, der freilich jetzt etwas ernüchtert ist durch Lange-Eichbaums „Genie — Irrsinn und Ruhm“ und Kretschmers „Geniale Menschen“. Andere Namen berühmter deutscher Gelehrter, die wertvolle phänomenologische Arbeiten gebracht haben, muß ich leider übergehen.



Das Wissen vom erwähnten Übergang von krankhaft und leistungsfähig — zur Gesundheit, das Klarwerden über die komplizierte Entwicklung menschlichen Seelenlebens überhaupt, wie sie namentlich von der Psychoanalyse gelehrt wurde — führte dazu, daß die Pathographie großer Persönlichkeiten ihren Namen ver-

lor, zur Psychographie wurde, wie Sadger schon 1912 hervorhob, einen Ausdruck von Weygandt gebrauchend. Nicht mehr angewandte Psychiatrie, sondern angewandte Psychologie.

Die Entwicklung der Psychoanalyse hatte auch gezeigt, daß, wenn ein biographischer Versuch zum Verständnis des Seelenlebens seines Helden durchdringen will, er nicht, wie dies in den meisten Biographien aus Diskretion oder aus Prüderie geschah, die sexuelle Betätigung, die geschlechtliche Eigenart des Untersuchten mit Stillschweigen übergehen darf.

Die Ergänzung aus der Psychosexualität erwies sich überaus fruchtbar; ebenso die Beachtung der frühen Kindheit: In den ersten drei bis vier Lebensjahren fixieren sich Eindrücke und bahnen sich Reaktionsweisen gegen die Außenwelt an, die durch kein späteres Erleben mehr ihrer Bedeutung beraubt werden können.

Das Verhältnis des Kindes zu Vater und Mutter, die Intensität dessen Nachwirkung geht in unzähligen Betonungen und Variationen durch die psychoanalytischen Beiträge zu Biographien großer Männer.

„Die Bedeutung des Vaters und der Mutter für das Schicksal des einzelnen“ tritt immer wieder in neuer Beweisführung in diesen Arbeiten zutage.

Rank brachte 1912 in seinem Buch „Das Inzestmotiv in Dichtung und Sage“ eine Fülle originellen biographischen Materials, gesehen aus ungewohnten Gesichtspunkten. Aber auch die innerste Struktur des Kunstwerkes und die Bedingungen sowie die Vorgänge des dichterischen Schaffens fanden hier Aufklärung auf völlig neuer Grundlage.

Es ist keine neue Entdeckung, aber es ist ein überaus eindrucksvolles und beweisendes Material, welches die psychoanalytischen Arbeiten über Leonardo da Vinci, Segantini, Gottfried Keller, Schopenhauer, Lassalle, Hamsun u. a. große Männer zum ewigen Thema Bedeutung der Mutter liefern.

Welch seltsame Fragestellungen beantworten sich hier: warum blieb er unverheiratet?, wurde er homosexuell?, malte er lächelnde Mütter?, warum haßte er die Frauen?, warum verlor er 11 Jahre seines Lebens für eine alte Gräfin? Stammen aus dieser Wurzel seine sentimentalen Schilderungen der Mutter Natur!?

Die weiteren Fortschritte der Psychoanalyse, ihre jahrzehntelangen Erfahrungen aus nie mit solcher Ausdauer und Gründlichkeit gemachten seelischen Untersuchungen, haben großes Verständnis für die Genese von Charakteren, Gesunder wie Kranker,

gebracht. Hatte man Große und Kleine, Gesunde in Lehranalysen und Kranke aller Art analysiert, so wagte man sich auch an die Analyse von Toten.

Als Wissenschaft vom seelisch Unbewußten untersucht die Psychoanalyse vor allem die unbewußten Äußerungen der Persönlichkeit, zieht eventuell berichtete Träume als wertvolles deutbares Material heran, sucht den unbewußten Gehalt in den Werken. Nicht nur Traum und Neurose, auch unsere höchsten Kulturleistungen erwiesen sich als tief im Unbewußten verwurzelt. Das Dynamische bei der Entstehung des Kunstwerkes ist ein unerledigter Wunsch des Künstlers, und wie der Traum und die Fantasie stellt auch das Kunstwerk diesen Wunsch als erfüllt dar. Auch die Wirkung des Kunstwerkes auf die Genießenden wird zu erklären versucht. Eine Fülle von kunstpsychologischen Arbeiten sind auf die von Freud gegebenen Erkenntnisse und Anregungen aufgebaut worden.

Die Psychoanalyse, die ihre Anschauungen am lebendigen Menschen gewonnen hat, gibt der Erkenntnis über Aufbau und Werden einer Persönlichkeit auch wertvollste Hilfsmittel in die Hand.

Welchen Reichtum an Verständnis gewinnt man aus der Vertrautheit mit den von der Analyse angenommenen seelischen Mechanismen der Regression, Verdrängung, Reaktionsbildung, Sublimierung, Identifizierung, Idealbildung! Man kann die Entwicklung des Individuums zurück bis zu seinen Triebanlagen verfolgen. Die Zusammenhänge, welche die Analyse für den Ursprung gewisser Charaktereigenschaften aus gewissen Triebanlagen aufgedeckt hat, wiesen neue Wege.

Anlagen und frühes Erleben machen den Menschen aus. Das Lebensverhalten der Persönlichkeit ist aus dem Zusammenwirken von Konstitution und Schicksal, inneren und äußeren Kräften aufzuklären. Hier liegen auch die Grenzen, an denen die Leistungsfähigkeit der Psychoanalyse in der Biographik abzustecken ist. Immer geben auch Quantitäten den Ausschlag, deren Maß wir nur aus den Resultaten ermessen können; ohne sie aber erklären zu können: so die Größe z. B. einer Fähigkeit, zu sublimieren oder zu verdrängen.

Unzugänglich ist auch das Wesen der künstlerischen Leistung, der genialen Begabung; dies wird ehrerbietig auf sich beruhen gelassen. Ansätze sind übrigens zur Erklärung

spezieller Begabungen, etwa der zeichnerischen oder der bildhauerischen, gegeben worden.

Zum wertvollsten Rüstzeug der Psychoanalyse gehört bekanntlich auch die Symbolik. Die Existenz dieser Symbole und die analytische Deutung der meisten derselben, ist ein sogar durch Experimente gesichertes Stück psychologischer Erkenntnis. Dieselben Symbole finden wir nicht nur im Traum, in Neurosen und Psychosen, vor allem bei der Schizophrenie, sondern auch im Mythos, im Folklore, im Witz. Auf diesen Gebieten kann sich derjenige, welcher nicht selbst die analytische Technik handhaben will oder kann, und welchem psychotisches Material nicht zugänglich ist, die Überzeugung von der Wichtigkeit und Allgemeinheit der symbolischen Darstellung befestigen. Trotzdem sehe ich in der „Krise der Psychologie“ Bühlers den Autor noch immer als Zweifler.

Das Verstehen der Sprache der Symbolik leistet überaus wertvolle Dienste auch in der angewandten Psychoanalyse und ganz besonders bei der Deutung der Kunst- und Dichtwerke.

Das Altertum, das Volk, die Dichter waren immer überzeugt, daß die Träume deutbar sind. Mit der Symbolik steht und fällt die Freudsche Traumdeutung, die einen der wertvollsten Zugänge zum unbewußten Seelenleben eröffnet hat.

Der komplexe Begriff des Genies war nie Gegenstand der Psychoanalyse. Dem Rätsel der Gesamtpersönlichkeit nähert sich der Analytiker in eigenartiger und nüchterner Weise, indem er von einem einer sicheren Deutung zugänglichen Detail ausgehend, sozusagen einen gesicherten Einstieg auf den sonst schwer zugänglichen Berg betritt. Diese rationalistische Methode führt auf nüchternem wissenschaftlichen Wege näher an die dunklen Probleme der Persönlichkeit heran, als manche ideale Verklärung.

„Auch der vergötzte klassizistische Künstlertypus wird negiert“, (sagt ein Mittler zwischen Psychoanalyse und Literaturwissenschaft), „und er wird ersetzt durch das Schauspiel einer unentrinnbaren Gebundenheit auch des höher gearteten Menschen an die Kräfte der Materie, an die Gewalt des Blutes und des naturwissenschaftlich bestimmten Fatums“ — des inneren und äußeren Fatums. Die Gesichtspunkte der Psychoanalyse, daß es im Seelischen nichts Zufälliges gäbe, eifern an, die Determinierung um so eifriger aufzudecken; das genetische Prinzip wird nie verlassen.

Es sei aber auch die Bescheidenheit der Ansprüche unserer Arbeiten hervorgehoben. Sie wollen immer

nur Ergänzungen zum Gesamtbild der großen Männer beibringen, keine noch hat sich als mehr ausgegeben.

„Was die Psychoanalyse leisten konnte, war (nach Freuds Worten), aus der Aufeinanderbeziehung der Lebenseindrücke, zufälligen Schicksale, und der Werke des Künstlers seine Konstitution und die in ihr wirksamen Triebregungen, also das allgemein Menschliche an ihm, zu konstruieren.“ In solcher Absicht habe er z. B. Leonardo da Vinci zum Gegenstand einer Studie genommen... „Ähnliche Analysen an Künstlern und ihren Werken haben dann andere Analytiker unternommen. Es ist nicht eingetroffen, daß der Genuß am Kunstwerk durch das so gewonnene analytische Verständnis geschädigt wurde.“

Nicht nur in der Psychopathologie hatte die Psychoanalyse einen langen Leidensweg bis zur verdienten Anerkennung zu gehen, auch als angewandte Psychoanalyse stieß sie oft auf Mißverstehen oder Ignoriertwerden. Erst die letzte Zeit bringt ihr volle Genugtuung gerade auf dem von mir hier behandelten Gebiet. Muschg, ein Literarhistoriker der Züricher Universität, kapituliert in seiner Antrittsrede geradezu vor der Psychoanalyse. Gerade ihre literarhistorischen und biographischen Bemühungen werden voll anerkannt als „Stimme der lebendigen Gegenwart gewürdigt“. Die Psychoanalyse, oft als die Psychologie vom lebendigen Menschen gewertet — der Scherz mag gestattet sein —, sie wird nun auch gerühmt als belebende Psychologie des toten, des berühmten Toten in seiner Biographie!

Ein Überblick über die Psychographien der engeren Freud-schen psychoanalytischen Schule hat mit der überaus bedeutsamen Arbeit des Begründers der Psychoanalyse „Eine Kindheits-erinnerung des Leonardo da Vinci“ zu beginnen.

Wir finden dort Bemerkungen über die biographischen Versuche der Psychoanalyse überhaupt, den Hinweis auf die Wichtigkeit früher Kindheitserinnerungen, Angaben über die Leistungsfähigkeit und die Grenzen der Psychoanalyse auf unserem Gebiet, weiter tiefgehende Hinweise auf den Zusammenhang des Forschungstriebes mit der naiven Sexualforschung des Kindes. Der Ausgänge dieser Entwicklung des Forschertriebes sind mehrere: Hemmung der Forschung, Grübelzwang oder Sublimierung zur erfolgreichen Wißbegierde, wie es Leonardo da Vinci geglückt ist; ihm gelang es nach infantiler Betätigung der Wißbegierde im Dienste sexueller Interessen, den größeren Anteil seiner Libido in Forscherdrang zu sublimieren. „Das wäre der Kern und das Geheimnis seines Lebens.“ Freud

geht aus von einer überlieferten Kindheitsfantasie Leonardos und gelangt auch zu einer Erklärung des „Leonardoschen Lächelns“ der Mona Lisa, sowie der Frauen auf dem Bilde der heiligen Anna selbsttritt u. a.

Die Arbeiten der Schüler Freuds reichen von Amenhotep dem Vierten, dem ägyptischen König bis zum Dichter Hamsun, der noch unter den Lebenden weilt. Jakob Böhme, Robert Mayer, Dürer, Schopenhauer, Segantini, Zinzendorf, Gottfried Keller, Franz Schubert, Lenau, Hebbel u. a. m. sind in größeren Monographien behandelt. Von Richard Wagner, Rousseau, Swedenborg, Napoleon, Cellini, Darwin, van Gogh, Alexander dem Großen, Tolstoi, Dostojewski, Wassermann, Georg Sand und vielen anderen handeln kleinere Arbeiten, die aber oft den wesentlichen Schlüssel zum Verstehen der seelischen Entwicklung und Eigenart enthalten.

Ein hohes Ziel dieser psychographischen Arbeiten, Arbeiten angewandter Psychologie, ist in letzter Linie auch, zu Typen der Entwicklung und des Wesens analoger Personen zu kommen, etwa wie es auch die Pathologie anstrebt, nur von noch größerem Wert für die Charakterologie und Menschenkenntnis und ihre praktische Verwertung.

Freuds Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens gaben schon das Bild von Typen, die wir immer sich wiederholen sehen; auch der Aufsatz „Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit“ wäre hier zu nennen, sowie jener fruchtbare Aufsatz über „Charakter und Analerotik“.

Abrahams „Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung“ zeigen die Zusammenhänge von bestimmten Triebanlagen und bestimmten Charakteren. Freud weist hin auf den Wiederholungszwang, der wie ein Dämon dem Menschen eine unentrinnbare Schicksalsneurose diktiert. Reichs Arbeit über den „triebhaften Charakter“, Alexanders Aufsatz über „Charakteranalysen“ gehören hierher.

Nur eine einzige Arbeit deutet schon im Titel an, daß sie „einen für viele“, einen Typus untersuchen, erklären will, das ist das Buch von Erwin Kohn, „Lassalle der Führer“. Es will an einem in vieler Beziehung typischen und klaren Beispiel die psychologische Struktur und die Wirkungsweise der führerischen Persönlichkeit aufweisen; es handelt sich also um den Versuch einer Führerpsychologie. Das Lebens- und Liebesschicksal Lassalles erweist sich als ein ganz besonders für psychoanalytische Beweisführung geeignetes; all die krassen Paradoxen im Leben

dieses Mannes erfahren ihre restlose Aufklärung durch die psychoanalytische Bearbeitung. Mögen auch unsere psychologischen Ergänzungen zu den Biographien großer Männer weder das Zeitalter, noch die umgebende Landschaft, noch die Vererbung und Race, noch Form und Stil u. dgl. näher berühren, mögen uns in vielen Fällen die künstlerische, literarische, spezialwissenschaftliche oder politische Schulung dazu fehlen, wir leisteten auf unserem Gebiet, in unseren Grenzen ganze Arbeit.

Ob Goethes Liebesleben aus seiner 7jährigen Periode erklärbar ist (Möbius, Kretschmer) oder der psychoanalytischen Aufklärungen bedarf, oder ob beide Auffassungen im Recht sind; ob Schopenhauers Pessimismus die Folge einer angeborenen Dyskolie, konstitutionellen Verstimmung war, oder meine psychoanalytische Deutung verdient, oder beides zu Recht besteht, mag die Zukunft entscheiden!

Die Absicht dieses Referates ist, auf die Unentbehrlichkeit psychoanalytischen Wissens und psychoanalytischer Methodik für die Psychographie hinzuweisen. Es kann keine moderne Biographie geben, die nicht auch das Unbewußte des Beschriebenen heranzieht, die nicht, wie die moderne psychiatrische Krankengeschichte, sich der psychoanalytischen Untersuchung bedient hat. Wir Psychoanalytiker, vor allem wir psychoanalytischen Ärzte, haben unsere Hauptbeschäftigung anderswo und mußten die Fachprobleme der fremden Wissenschaft oft mit dilettantischer Vorbereitung angreifen (Freud).

Wir lassen daher den Ruf nach neuen Arbeitskräften aus den akademischen Einzeldisziplinen ertönen! Die Literaturhistoriker vor allem haben bereits die Unentbehrlichkeit psychoanalytischer Befruchtung ihrer Wissenschaft als dringlich erkannt, denn diese unterliegt bereits der großen Gefahr einer „inneren Entfremdung vom Leben der eigenen Epoche“ (Muschg). Für die Literaturwissenschaft und Psychographie ist die Stunde gekommen, wo sie nicht länger darauf verzichten kann, sich der Psychoanalyse zu bedienen, d. h. ihre Jünger müssen an den psychoanalytischen Lehrinstituten vollkommene Ausbildung erfahren.

Lassen Sie mich mit den geistreichen Worten eines modernen Biographen schließen, der temperamentvoll auf Bravourleistungen der Biographik hinweist:

„Als Künstler und Forscher zugleich begnügen wir uns nicht mit der äußeren Schau des Menschen: wir wollen seine protäischen Eitelkeiten, Begierden und Bestrebungen entdecken und mit einem

Seziermesser die verborgenen Motive und Sprungfedern seines Handelns bloßlegen... Schon jetzt müßten wir fähig sein, aus einigen nackten Tatsachen einen Menschen zu erschaffen, ihn in den Augen des Lesers lebend und liebend erstehen zu lassen, in derselben Weise, wie ein Naturwissenschaftler aus einigen zerstreuten Knochen irgendeinen prähistorischen Vogel, einen Fisch oder ein Säugetier zusammenzustellen vermag.“

Psychopathologie und Erblichkeit.

Von
HANS LUXENBURGER,
München.

I.

Als ich vor kurzem mich entschloß, an Stelle von Prof. Lange auf dieser Tagung das Referat über Psychopathologie und Vererbung zu übernehmen, war ich mir vollkommen darüber klar, daß es sich bei der Kürze der mir sowohl für die Vorbereitung als auch für die Erstattung des Berichts zur Verfügung stehenden Zeit nicht um ein Referat im üblichen Sinne des Wortes würde handeln können. Ich bitte Sie daher, nicht etwa zu erwarten, daß ich Ihnen einen Überblick gebe über die Geschichte der psychiatrischen Erblichkeitsforschung, über die Wandlungen, die sie durchgemacht hat, als sie den ebenso ruhmreichen wie dornenvollen Weg ging von einer dilettantischen Liebhaberei zur exakten Naturwissenschaft, über die Irrpfade, die sich ihr im Laufe eines knappen Jahrhunderts öffneten und die sie teils vermied, teils — wie den der polymorphen Degenerationslehre Morels — zukunftsfrohen Herzens betrat, um oft erst lange nachher wieder auf den vom sicheren Schritt der Gesetzmäßigkeit widerhallenden Weg folgerichtiger Entwicklung zurückzufinden; über die intensive, weit und tief schwingende Wellenbewegung, die diese Entwicklung kennzeichnet und deren Höhepunkt wohl der große Wurf Rüdin's bedeutet, als er 1911 grundsätzlich auch für die psychopathologischen Erscheinungen die Gültigkeit der das erb-biologische Geschehen in der gesamten belebten Welt regelnden Spaltungsgesetze des genialen Augustinerpaters Mendel in An-

spruch nahm; ich will nicht im einzelnen die Rückschläge beleuchten, die kommen mußten, als man erkannte, daß der Nachweis dieser Gesetze für die menschliche Psychopathologie doch schwieriger war als die ersten Pioniere dieses erbwissenschaftlichen Neulands dachten und hofften; ich muß es mir versagen, Ihnen von dem neuen großen Aufschwung zu erzählen, den die Lehren, Bedürfnisse und Forderungen der praktischen Eugenik der psychiatrischen Erbforschung brachten, indem sie das weite Feld der empirisch-erbprognostischen Untersuchungen eröffneten; von der Verschiebung des erbbiologischen Interesses vom Individuum auf den Typus und dem damit verbundenen Aufkommen, Aufblühen und Reifen der erbkonstitutionellen Betrachtungsweise, von der großen Bedeutung, welche die Zwillingsforschung für das Gebiet der Psychiatrie und die gesamte psycho-pathologische Interessensphäre, den ausgedehnten Bereich der Rand- und Grenzgebiete erhielt. Ich werde auch nicht sprechen können von der Fülle der Einzelproblemstellungen auf unserem Gebiete und noch weniger von dem Maße des bisher Erreichten. Das gesicherte erbbiologische Wissen auf dem Gebiete der Psychopathologie ist wenig umfangreich, wenn man den strengsten Maßstab anlegt und kein „Wenn“ und „Aber“ für die Ergebnisse gelten läßt; reich dagegen, wenn man sich dazu versteht, ihm den letzten Rest von Problematik zuzuerkennen, von dem auch die meisten der sogenannten endgültigen Resultate der Erbforschung — und gerade die wichtigsten — nicht ganz frei sind.

Ein Bericht aber, der von der letztgenannten liberalen Einstellung diktiert wäre, — und nur ein solcher würde der Eigenart der psychiatrischen Erbforschung, ihrem Problemenreichtum, dem proteusartigen Charakter ihrer Objekte und dem oft so reizvollen Quiproquo ihrer Zielsetzungen völlig gerecht werden — müßte sich bei der Kürze der Zeit in einer Aufzählung von Tatsachen erschöpfen, ohne die Möglichkeit zu haben, das Entscheidende der psychopathologischen Erbbiologie herauszuarbeiten, jenen elementaren Puls der einfachsten Gesetze organisierten Lebens, der vielleicht gerade deshalb hier so stark und überwältigend fühlbar wird, weil er auf einem Gebiete nachgewiesen werden kann, das der Anhänger einer dualistischen Weltanschauung äußerstenfalls als Interferenzstreifen somatopsychischer Berührungen gelten läßt und das auch dem extremsten Vertreter naturwissenschaftlich-monistischen Denkens ein Grenzgebiet bedeutet, über welchem gelegentlich die geheimnisvollen Schatten einer Welt zu ruhen scheinen, deren Offenbarung nicht „mit Hebeln und mit Schrauben“ abgezwungen werden kann.

Wir haben uns daher entschlossen, den Versuch zu machen, in aller Kürze die Frage zu beantworten, die sich dem denkenden Menschen, sei er nun Psychiater oder Psychologe oder ein sogenannter Laie, immer wieder stellt: Was hebt die psychopathologische Heredität grundsätzlich aus der übrigen menschlichen Erbbiologie und dem allgemeinen Erbgeschehen der belebten Welt heraus, und worin liegt auf der anderen Seite das Gemeinsame, das sie nur als vielleicht höchstdifferenziertes Glied der großen organischen Gemeinschaft erscheinen läßt?

II.

Vererbung ist die völlige oder teilweise Übereinstimmung der Eigenschaften eines Individuums mit denen seiner Erzeuger und deren Vorfahren. Als Träger der Erbanlagen haben wir die Gene anzusehen, d. h. ultrakleine, mikroskopisch mit unsern optischen Hilfsmitteln nicht sichtbare Elementarbestandteile der Chromosomen in Ei- und Samenzelle. Diese Verhältnisse liegen in Wirklichkeit nicht so primitiv, eine Reihe scharfsinniger Beobachtungen und geistvoller Theorien hat sie in den letzten Jahrzehnten zu komplizieren verstanden; wir müssen uns aber an das letzte und einfachste Radikal halten, wenn wir dem Verständnis des kompliziertesten Erscheinungsvorgangs im Erbgeschehen, der psychopathologischen Vererbung näher kommen wollen. Die korrespondierenden Gene der väterlichen und mütterlichen Keimzelle für eine bestimmte erbliche Eigenschaft treten bei der Befruchtung in Beziehung zueinander und schaffen in der befruchteten Eizelle die Grundlagen für die Möglichkeit, daß diese Eigenschaft, dieses Merkmal, im Erscheinungsbilde des neuen Individuums früher oder später erkennbar werden kann.

Die Einschränkung, die durch die Wahl des Wörtchens „kann“ gegeben ist, weist darauf hin, daß zum Zustandekommen der erblichen Eigenschaft — wenn wir im folgenden den Ausdruck „Merkmal“ gebrauchen, so meinen wir damit stets eine solche erbliche Eigenschaft — außer der unerläßlichen Anlagenkombination grundsätzlich noch ein zweiter Faktor in Wirksamkeit treten muß, der die in der Anlage gegebenen Möglichkeiten in der einen oder anderen Form zur Wirklichkeit werden läßt. Dieser zweite Faktor ist der Komplex von Einflüssen, denen das Individuum ausgesetzt ist vom Beginne seiner Existenz als befruchtetes Ei bis zum Erlöschen seiner Lebensfunktionen im Zelltode; wir nennen ihn die Umwelt oder das Milieu.

Wie das Leben eines Individuums die Einspielung der im Keimgute liegenden Anlagen auf jenes Milieu darstellt, in welches das Individuum hineingezeugt ist und das es in ständiger, vielfältiger Wandlung bis zum Ende des Daseins umgibt; wie das Schicksal eines belebten Wesens nichts anderes ist als der sinnfällige Ausdruck einer Kausalität, die sich folgerichtig aus jener Einspielung ergibt, aus dem Werden und Vergehen, das die Umweltreize aus der Bereitschaft seiner Erbanlagen herausmobilisieren, so kann die Vererbung eines konkreten Merkmals nur als Reaktion der spezifischen Anlage auf eine Konstellation von Umweltreizen aufgefaßt werden, die geeignet sind, auf die einer jeden Anlage eigene Manifestationstendenz im gleichen oder entgegengesetzten Sinne, in fördernder oder hemmender Weise einzuwirken. Vererbung ist wohl unabänderliches Schicksal, wenn man den Blick lediglich auf das Keimgut richtet; betrachtet man aber das Erscheinungsbild des Individuums — und dieses ist es ja, das der empirischen Forschung ebenso wie der naiven Betrachtung allein direkt zugänglich ist —, so wird dieses Schicksal nur ein bedingtes, an die Eigenart der Umwelt gebundenes sein können. Die Anlage muß nach den für das Erbgeschehen geltenden Regeln weitergegeben werden, das Merkmal kann in die Erscheinung treten; die Anlage ist ein Teil des durchdauernden Lebens in seiner Erhaltungs- und Entwicklungseinheit, die man als Vitalrasse bezeichnet, das Merkmal gehört dem durch Zeugung und Tod begrenzten Individualleben an; die Anlage ist nur schwer abänderbar, die einmal getroffene Abänderung nicht mehr reversibel, das Merkmal unterliegt einer fortgesetzten Reihe von Zwischenmodifikationen, die seiner Manifestation in buntem Wechsel fördernd und hemmend sein können. Vererbt werden Reaktionsdeterminanten, richtunggebende Faktoren, die dem Organismus die Fähigkeit verleihen, auf Reize in ganz spezifischer Weise zu antworten und zwar in der Sprache seiner Morphologie, Physiologie und Psychologie; die Antwort tritt als das erbliche Merkmal in den Wahrnehmungskreis des Beobachters, dem die reaktionsbestimmenden Anlagen ebensowenig zur Beobachtung gelangen als — sehr häufig wenigstens — die Umweltreize, welche die Reaktion ermöglichen.

Es ist unerläßlich, an der Auffassung festzuhalten, daß in der gesamten belebten Welt lediglich Reaktionsweisen vererbt werden und daß die erbliche Eigenschaft selbst, sei sie nun physiologischer oder pathologischer Natur, das Produkt einer durch die günstige Konstellation der Umwelt zustande gekommenen

Reaktion darstellt, also nur indirekt, nur bedingt erblich ist. Diese Betrachtungsweise allein ermöglicht es uns, die Vererbungsverhältnisse bei höher organisierten Wesen und differenzierteren Organen und Geweben richtig zu erkennen und zu beurteilen. Nur auf ihrem Boden sind wir auch in der Lage, zu verstehen, daß Erbanlage, Disposition, Erbkonstitution nicht wesensverschiedene Dinge sind, sondern nur durch den wechselnden Gesichtspunkt bedingte verschiedene Beziehungen für den gleichen Begriff. Dieser Begriff aber ist die Reaktionsdeterminante, die man Erbanlage nennt, wenn das in der Familie häufig zur Manifestation kommende, gut erkennbare, isoliert auftretende Merkmal den Blick auf sich zieht und der Charakter der Reaktion zurücktritt, Disposition, wenn das Merkmal deutlich einen Anlagenkomplex voraussetzt und die Manifestation von groben äußeren Reizen abhängig ist, die das Reaktive im Vorgang der Ausprägung der Eigenschaft besonders deutlich hervortreten lassen; das Wort Erbkonstitution endlich betont, ähnlich wie die Disposition die Bereitschaftsstellung zum reaktiven Vorgang, rückt aber dabei zugleich die Beziehungen einzelner Anlagen zueinander und ihre komplexen Wirkungen auf den somato-psychischen Gesamtstatus des Individuums in den Vordergrund.

Aus dieser verschiedenen Bezeichnung für das wesentlich Gleiche, die sprachgebräuchlich, da der leichteren Verständigung dienend, durchaus ihre Berechtigung hat, erhellt ohne weiteres, daß das Entscheidende dafür, ob man in einem bestimmten Falle von Erbanlage, Disposition oder erbkonstitutioneller Bereitschaft spricht, die schwierigere oder leichtere Erkennbarkeit des Reaktiven bei der Vererbung darstellt, m. a. W. die niedrigere oder höhere Reaktionsschwelle einer Anlage. Der quantitative Anteil, den Anlage und Umwelt, Reaktionsdeterminante und Reagens, Bereitschaft und Reiz am Reaktionsvorgang und damit am Produkte der Reaktion, dem erblichen Merkmal, nehmen, ist je nach Art dieses Merkmals ganz verschieden. Je niedriger die Reaktionsschwelle liegt, je geringer, ubiquitärer und weniger spezifisch der Reiz zu sein braucht, der genügt, um die Anlage zur Reaktion zu veranlassen, je frühzeitiger in der Individualentwicklung diese Reaktion einsetzt, je rascher sie verläuft, je früher und endgültiger der Abschluß und je sinnfälliger, eindeutiger und grobschlächtiger der pathologische Effekt ist, um so mehr tritt der Charakter der Reaktion zurück, um so eher wird man den Eindruck eines fixen Merkmals erhalten, um so schicksalsmäßiger und unabänderlicher wird seine

Manifestation sein, um so aussichtsloser jeder Versuch, prophylaktisch durch Abdrosselung der verhängnisvollen Reize und Einleitung entgegengesetzt wirksamer in den pathogenetischen Mechanismus einzugreifen oder therapeutisch die Ausprägung der pathologischen Erbeigenschaft wieder rückgängig zu machen. Je höher aber die Reaktionsschwelle liegt, je heftiger, weniger alltäglich und spezifischer der Reiz sein muß, je später in der Entwicklung des Lebewesens die Reaktion einsetzt, je langsamer sie verläuft, je später und unvollständiger sie zum Abschluß kommt und je schwerer erkennbar, vieldeutiger und komplizierter der pathologische Effekt ist, desto bedingter und unsicherer wird im Einzelfalle seine Manifestation sein, desto aussichtsreicher jedes prophylaktische und therapeutische Eingreifen. Um so mehr wird zu gleicher Zeit der Charakter des Reaktiven in den Vordergrund treten.

Es ist oft sehr schwierig, bei den extremsten Varianten der Anlagen mit niedriger Reizschwelle den Charakter der Reaktion von Anlage auf Umwelt zu erkennen. Hier beherrscht durchaus der Eindruck des fixen Merkmals den Beobachter, besonders wenn es sich um pathologische Eigenschaften des Körpers handelt, die bereits bei der Geburt erkennbar und endgültig in ihrer Entwicklung abgeschlossen sind, also um sogenannte Mißbildungen. Von einem reaktiven Vorgang ist hier anscheinend nichts mehr zu bemerken; die Erbeigenschaft ist fertig da, sie geht unberührt durch das Getriebe der Umweltreize hindurch und wenn sie abgeändert wird, so kann dies lediglich durch einen — im biologischen Sinne — brutalen Eingriff geschehen, dem gegenüber sie sich passiv verhält, den sie nicht mehr als Anreiz aufnehmen kann, der von der Seite der noch aktiven Anlage mit einem, wenn auch nur kurzdauernden Entwicklungsstoß beantwortet würde; die Anlage hat ausgespielt, sie ist in ihrer Potenz erschöpft. Eine Reaktion kann daher nicht mehr zustande kommen, mit dem Aufhören des Eingriffs am Merkmal bleibt alles stationär. Es scheint für diese Erbeigenschaften keine Reaktion von Anlage auf Umwelt zu geben. Dem ist aber nicht so. Dies wird uns sofort klar, wenn wir daran denken, daß die Individualentwicklung ja nicht mit der Geburt, mit dem Eintritt in das Stadium der Lungenatmung und Magen-Darmernährung beginnt, sondern in dem Augenblick einsetzt, wo väterliche und mütterliche Keimzelle ihr selbständiges Dasein aufgegeben haben und in der Zygote, dem befruchteten Ei, zu einem neuen Wesen verschmolzen sind. Hier beginnt die Entwicklung, d. h. die Auseinandersetzung der im Keimgute liegenden Potenzen

mit den mannigfaltigen Reizen, die in der Morphologie, Physiologie und Pathologie des mütterlichen Organismus und — durch seine Vermittlung — auch in gewissen Verhältnissen der außermütterlichen Umwelt begründet liegen. Die Anlage drängt nach Entfaltung von dem Augenblicke an, da ihre Potenz durch die Amphimixis geweckt ist; diese Auswirkungstendenz trifft auf die Reize des Milieus, der reaktive Vorgang setzt ein. Wie lange er dauert, ist im Prinzip gleichgültig. Gelangt er bereits vor der Geburt zum Abschluß, so haben wir es mit Anlagen nicht nur von niedriger Reizschwelle zu tun, sondern auch mit solchen, deren Bereitschaft den spezifischen Einflüssen der mütterlichen Umwelt gegenüber besonders groß ist; der Effekt ist ein angeborenes Merkmal. Die entwicklungsgeschichtliche Forschung wird daher entsprechend der phänogenetischen Betrachtungsweise in der Erbbiologie versuchen, die Wurzeln solcher scheinbar fertigen Merkmale bis in die letzten Entwicklungsstadien zurück zu verfolgen unter sorgfältiger Registrierung aller Zwischenprozesse und Zwischeneigenschaften der Entwicklung. So gelingt es z. B. auch bei dem ganz besonders als fertige Eigenschaft imponierenden angeborenen und erblichen Klumpfuß zweifelsfrei den reaktiven Charakter der Vererbung nachzuweisen. Um den 13. Tag des intrauterinen Lebens herum tritt am bisher intakten Fuße der Frucht ein blasenartiges Gebilde auf, welches das Epithel emporhebt; hierauf erfolgt ein Blutextravasat in die Blase und die Bildung einer Blutgeschwulst. Ob diese ganz allmählich, in einzelnen Etappen sich ausbildende Reaktion einer Anlage auf vorerst noch unbekannte Reize der intrauterinen Umwelt in ihrem weiteren Ablaufe zu einer kongenitalen Amputation führt oder zu Hypodaktylismus oder Syndaktylismus oder aber zu einem Klumpfuße, hängt von der Ausdehnung des pathologischen Prozesses und seiner anatomischen Lokalisation ab. Jedenfalls läßt sich auch das anscheinend fixe Merkmal Klumpfuß als ein Reaktionsprodukt auffassen, dessen Ausbildung von dem Vorliegen verschiedener Faktoren abhängig sein muß, die nichts mit der spezifischen Erbanlage zu tun haben. Prinzipiell ähnlich liegen die Verhältnisse bei dem komplizierten Merkmal der medianen Kopfdefekten zugehörigen Mißbildungen der Zebocephalie, Arhinencephalie, Zyklopie und Mongoloidie, die möglicherweise dadurch zustande kommen, daß eine pathologische Anlage zur mangelhaften Ausbildung des Amnions, das ja ein Produkt der Frucht darstellt, mit einer Anomalie der Uterusschleimhaut, also einem Faktor der Umwelt, in Reaktion tritt, die auf dem Wege über einen engen Amnionsack die erwähnten medianen Kopfdefekte zum Endergebnis

hat. Bedenken wir schließlich, daß man nicht nur mit einem paratypischen Milieu zu rechnen hat, d. h. der Summe aller außerkeimlichen Faktoren, unter deren Einfluß sich die Entwicklung des Individuums vollzieht, sondern auch mit dem genotypischen Milieu, d. h. dem Komplex aller innerkeimlichen Faktoren, die als Reiz auf eine spezifische Anlage wirken können, so steht nichts mehr im Wege, den Zeitpunkt des Reaktionsbeginns, wenn nötig, bis an den Ausgangspunkt der Entwicklung zurückzuverlegen, so daß jede Erbeigenschaft, mag sich phänogenetisch ihre Entstehung auch nicht nachweisen lassen, als Reaktionsprodukt von Anlage und Umwelt aufgefaßt werden darf.

Fassen wir hier zusammen: Es gibt Anlagen mit niedriger Reizschwelle und solche mit hoher Anlagen, deren Bereitschaft in erster Linie auf die Einflüsse der pränatalen Umwelt, sei sie nun genotypischer oder paratypischer Natur, eingestellt ist, und andere, die erst auf die Reize der postnatalen Umwelt, die Milieueinflüsse im engeren Sinne, zu antworten pflegen. Man kann nun als Regel aufstellen — Ausnahmen bestätigen hier wie überall nur die Regel — daß, je komplizierter ein Organismus und je höher differenziert ein Organgewebe ist, um so höher die Reizschwelle für die pathologischen Erbanlagen liegt, um so später die Reaktion von Anlage auf Umwelt eintritt oder doch wenigstens zum Abschlusse kommt. Wir haben aber gesehen, daß der Charakter des Reaktiven in der Vererbung mit wachsender Reizschwelle immer deutlicher in die Erscheinung zu treten pflegt. Diese Grundregel besitzt für die gesamte menschliche Erbpathologie Geltung.

III.

Da das morphologische Substrat, das den als Psychopathologie bezeichneten krankhaften Funktionen des Zentralnervensystems und gewisser besonders hoch organisierter endokriner Drüsen zugrunde liegt, das höchstdifferenzierte des menschlichen Organismus darstellt, lassen die Vererbungserscheinungen auf dem Gebiete der Psychopathologie den reaktiven Charakter der Vererbung besonders klar erkennen. Es gibt kein Gebiet der menschlichen Pathologie, das schöner und deutlicher die Entstehung des erblichen Merkmals aus den Einspielungen der Anlage auf die Reize der Umwelt veranschaulichen könnte. Und so sind wir an dem Punkte angelangt, die erste entscheidende Frage beantworten zu

können: Was hebt die psychopathologische Heredität grundsätzlich aus der übrigen menschlichen Erbbiologie und dem allgemeinen Erbgeschehen der belebten Welt heraus? Die Antwort kann nur dahin lauten, daß gerade das scheinbar komplizierteste Erbgeschehen, dasjenige, dessen Ergebnisse so problematisch, so schwankend und für weite Kreise so wenig überzeugend anmuten, in Wirklichkeit wie kein anderes geeignet ist, den Forscher über das tiefste Wesen jener Vorgänge aufzuklären, die im großen Flusse des Geschehens die biologische Kontinuität der Erscheinungen aufrechterhalten, auf Grund deren das Leben der ungezählten Generationen sich ständig wandelnd in Ewigkeit ein gleiches bleibt.

Es ist ganz falsch, zu sagen — und man hört diese Meinung so oft —: die psychische, speziell die psychopathologische, die psychiatrische Erbforschung ist ein Stiefkind der Erbbiologie, sie vermag nicht, Erblichkeit zu beweisen und Erbgesetze zu erkennen, sondern beschränkt sich darauf, analogistische Verlegenheitsschlüsse zu ziehen, die auf der Fiktion beruhen, daß das, was dem Soma recht ist, der Psyche billig sei. Wenn sie es nicht überhaupt bei vagen Belastungsfeststellungen bewenden läßt, denen durch eine meist willkürliche und subjektiv gefärbte Stammbaumanalyse innerer Zusammenhang und der Schein einer — noch dazu höchst privaten — Gesetzmäßigkeit verliehen werden soll. Diese Anschauung kann dem psychiatrischen Erbbiologen, der wirklich gelernt hat, in die Tiefen seiner Wissenschaft einzudringen, nur ein Lächeln abringen. Ja, wer von der farbigen Einfachheit des Gartenlöwenmauls geblendet und auf die phänotypische Primitivität der Obstfliege eingestellt für alle psychopathologischen Erscheinungen den schlüssigen Nachweis von Mendelproportionen verlangt und vor der Fülle der überraschenden Unstimmigkeiten resigniert die Waffen streckt, dem wird jener Garten der Erkenntnis siebenfach verschlossen bleiben; denn er ist weder Psychopathologe noch Erblichkeitsforscher. Nur der, dem es gelingt, durch das verwirrende Getriebe der Erscheinungsformen hindurch das Wesentliche zu sehen und mit dem allgemeinen Erbgeschehen der belebten Welt über die äußerlichen Diskrepanzen hinweg in Einklang zu bringen, dem ist es gegeben, gerade auf dem problematischsten Gebiete den starken Puls der einfachsten Gesetze zu fühlen. Und damit vermag er auch unsere zweite Grundfrage zu

beantworten und zu sagen, daß das Gemeinsame, das die psychopathologische Erbbiologie mit der allgemeinen verbindet, und sie nur als höchstdifferenziertes Glied der großen organischen Gemeinschaft erscheinen läßt, eben jene elementare Grundregel der Reaktion von Anlage auf Umwelt darstellt, die im Kompliziertesten am deutlichsten werdend den Schlüssel für die Lösung der einfachsten Probleme an die Hand gibt. Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten, psychische Abnormitäten sind Abnormitäten des Gehirns, Psychopathologie ist seine pathologische Funktion; es kann daher für die Vererbungserscheinungen auf psychischem Gebiete schon a priori keine anderen Regeln geben, als wie sie für die übrigen Organe des menschlichen Körpers und der ganzen belebten Welt gelten. Das, was die psychopathologische Erbbiologie aus der übrigen heraushebt, ist, wie wir gesehen haben, zugleich geeignet, ihre wesentliche Identität nachzuweisen. In dieser eigentümlichen Stellung liegt ihre tiefste und eigentliche grundsätzliche Bedeutung für die Erbwissenschaft, an welcher gemessen die Unzulänglichkeiten so vieler konkreter Ergebnisse kaum ins Gewicht fallen.

Die letzte Wurzel für diese Unzulänglichkeiten ist darin zu sehen, daß wir — und das bitte ich festzuhalten — bei fast allen erblichen Anomalien auf dem Gebiete der Psychopathologie nicht nur mit der Reaktion von Anlage auf Umwelt, sondern auch mit derjenigen der Persönlichkeit auf die in Entwicklung begriffene oder voll ausgebildete Erbkrankheit selbst zu rechnen haben. Alle übrigen Schwierigkeiten teilt die Psychopathologie mit vielen somatischen Erbleiden, als da sind Kleinheit und Kurzlebigkeit der menschlichen Familie, spät liegende, ausgedehnte und unscharf begrenzte Gefährdungsperiode, Polyphänie der Manifestation, mangelhafte klinische Herausarbeitung des eigentlichen biologischen Kerns der Anomalie. Was aber die psychopathologische Heredität ganz besonders kennzeichnet, ist die Tatsache, daß die eigentliche erbbiologische Reaktion von einer anderen, einer psychologischen, überlagert wird, die auf dem Gebiete der gleichen Funktionen in die Erscheinung tritt wie jene, also nur schwer und oft überhaupt nicht von ihr trennbar ist. Die Reaktion von Anlage auf Umwelt äußert sich phänotypisch ebenso wie jene der Persönlichkeit auf die Erb-anomalie in erster Linie durch Veränderungen von Intelligenz, Charakter und Temperament, Veränderungen, deren Spezifität häufig

eine recht fragwürdige ist. Wir werden nicht fehlgehen, wenn wir in diesem Umstande, der in der diktatorischen Stellung, die das Psychische, d. h. das „Gehirnliche“ im ganzen Organismus einnimmt, seine Begründung besitzt, die Hauptursache für die oft so schwer zu deutenden Ergebnisse der psychopathologischen Forschung sehen. Wohl werden wir auch bei ernsten Erb leiden des Auges, der Haut, des Skelettsystems, der inneren Organe, der Drüsen psychogene Überlagerungen, Reaktionen der Persönlichkeit auf die Erbkrankheit beobachten; die ganze Lehre von der Organminderwertigkeit und damit ein wesentlicher Teil der Individualpsychologie im Sinne Adlers gründet sich ja in weitem Ausmaße auf diese Tatsache. Der grundlegende Unterschied gegenüber der Psychopathologie liegt aber darin, daß sich hier die sekundäre Reaktion in dem gleichen Organ abspielt, das den Effekt der primären zu tragen hat, die geistige Abnormität in ihrem endogenen Kern wie in ihrem psychogenen Akzidenz die gleiche psychische Gesamtpersönlichkeit betrifft. Daß daher Primärsymptome und Sekundärsymptome, endogener und psychogener Anteil der Psychose im Phänotypus, d. h. klinisch, oft nicht zu unterscheiden sind und die klinische Abgrenzung des eigentlichen erblichen Merkmals, des Reaktionsprodukts von Anlage auf Umwelt, daher nur bei ganz wenigen psychischen Erbanomalien gelingt, ist wohl nicht mehr verwunderlich. Hierin müssen wir ja auch eine der Grundschwierigkeiten der psychiatrischen Systematik erblicken, der es zum guten Teile zuzuschreiben ist, daß wir heute noch weit davon entfernt sind, ein allgemein befriedigendes nosologisches Gebäude auf dem Gebiete der Psychopathologie zu besitzen. Wir stehen ja bekanntlich vor der sehr wenig erfreulichen Tatsache, daß die heutige psychiatrische Klinik zwischen die Pole starrer und schematisierender Klassifikation auf der einen, völliger Auflösung und äußerster nosologischer Skepsis auf der anderen Seite gespannt ist. Was dazwischen liegt, ist ein Ringen um den bekannten goldenen Mittelweg, von dem es uns zweifelhaft erscheint, ob er zu einem wirklich befriedigenden Ziele führen wird. Vielleicht liegt die Zukunft der psychiatrischen Klinik nicht in einem Kompromiß zwischen starrer Systematik und phänomenologischer Freiheit, sondern in einer elementaren Umstellung der ganzen klinischen Denk- und Betrachtungsweise. Woher diese Erneuerung kommen, wohin sie führen soll, das zu diskutieren ist nicht unsere Sache. Die psychiatrische Erbforschung wird die Entwicklung jedenfalls aufmerksam verfolgen und die Gelegenheit aktiven Eingreifens nicht an sich vorübergehen lassen.

Es ist ganz falsch, zu behaupten, die Möglichkeit erbpsychopathologischer Forschung sei an das Vorliegen einer ausgebildeten Systematik gebunden. Wenn diese Meinung auch rein äußerlich dadurch verständlich wird, daß die ersten ernsthaften Versuche aus dem Lager der Systematiker kamen und bei der damaligen Lage der Dinge auch kommen mußten, so beruht sie doch auf einer völligen Verkennung des Grundsätzlichen bei der Erbforschung. Wir müssen gerade in der Psychopathologie durchaus nicht wissen, was sich vererbt, wenn wir an erbbiologische Studien herantreten; das soll ja erst das Ziel unserer Forschung sein. Jene erstaunliche Meinung wurde aber geäußert und ich glaube sogar, daß es Bleuler war, der sie vertrat. Das erbliche Merkmal braucht sich nicht mit einer klinischen Einheit zu decken, selbst wenn es sich bei diesen Einheiten um weniger wandelbare Gebilde handelt, als sie unsere heutigen darstellen. Daß dies gelegentlich doch der Fall zu sein scheint — ich erinnere nur an die Huntingtonsche Chorea oder die Myoklonusepilepsie — liegt daran, daß gute klinische Abgrenzungen große Aussicht besitzen, auch die biologischen Grenzen zu treffen. Das muß aber durchaus nicht so sein. Es ist sehr wohl möglich, daß das Produkt der Reaktion von Anlage auf Umwelt sehr häufig einen Symptomenkomplex darstellt oder eine Gruppe von Syndromen, die bei den verschiedensten klinischen Einheiten auftreten können. Handelt es sich bei einer solchen Syndromengruppe um einen sehr eindrucksvollen Phänotypus, der deutliche Gesetzmäßigkeiten in Entstehung, Ausprägung, Verlauf und Endzustand zeigt, so wird sie den erblichen Kern eines nosologischen Gebildes darstellen können, das in weiterer Fassung auf dem Wege klinischer Abgrenzungen zustande gekommen ist. Ererbt und vererbbar ist dann nicht die klinische Krankheit, sondern das erbbiologische Reaktionsprodukt, der endogene Kern, dessen scharfe phänotypische Herausarbeitung eine der wichtigsten Aufgaben der Erblichkeitsforschung bildet. In der Regel wird dieser erbliche Kern nicht isoliert in die Erscheinung treten, sondern stets mit all dem Drum und Dran verbrämt sein, das mit ihm zusammen die Erbkrankheit ausmacht. Unter diesem Beiwerk spielen das mehrfach erwähnte Reaktionsprodukt der Persönlichkeit auf die Krankheit, der psychogene und neurotische Überbau, die mißglückten Anpassungsversuche, eine bedeutsame Rolle. In dieser Weise haben wir uns die Heredität der wichtigsten Erbpsychosen, der Schizophrenie, des manisch-depressiven Irreseins, der genuinen Epilepsie vorzustellen.

Was speziell die Schizophrenie oder die Gruppe der Schizophrenien anlangt, so darf als sicher feststehend angesehen werden, daß diesem klinischen Gebilde — mag man es nun als eine Einheit ansehen oder als eine Gruppe nur symptomatologisch verwandter Erkrankungen, das spielt für uns eine untergeordnete Rolle — als erblicher Kern ein Komplex von Syndromen innewohnt, der als Produkt der Reaktion einer Anlagenkombination auf ganz bestimmte, allerdings erst unvollkommen bekannte Reize der Umwelt das klinische Bild beherrscht und immer wieder, auch in seinen vielfältigen Wandlungen um so deutlicher erkennbar wird, je intensiver sich auf Grund der Umweltkonstellation die Reaktion auszubilden vermag und je früher sie zu ihrem Abschlusse gelangt. Dieser Syndromenkomplex, der, wie die Zwillingforschung gelehrt hat, vor allem durch das hebephrene und katatone Syndrom repräsentiert wird, bringt jene Regelmäßigkeit in das Familienbild der Schizophrenen, die es erlaubt hat, gerade für dieses problematische klinische Gebilde einen bestimmten Erbgang seines endogenen Kerns, nämlich den polyhybrid-rezessiven, nachzuweisen, der sich in sinnvollen, wenn auch noch unscharfen Erbproportionen der klinischen Krankheit ausdrückt. Gewiß ein Triumph der statistisch-erbbiologischen Methoden, der um so größer ist, als es sich bei der Heredoszizophrenie — wenn man mit diesem Wort den erblichen Kern des klinischen Gebildes bezeichnet — um ein Merkmal handelt, dessen Anlagengesamt eine besonders hohe Reaktionsschwelle besitzt, dessen Manifestation sicherlich in weitem Ausmaße von einer ganz spezifischen, wenn auch anscheinend nicht allzu seltenen Umweltkonstellation abhängt, die erst verhältnismäßig spät im postnatalen Leben eintritt oder zur vollen Auswirkung gelangt, um ein Merkmal, das durch eine langsam in Schüben verlaufende Reaktion bestimmt ist, deren Abschluß im Einzelfalle zeitlich und qualitativ höchst unbestimmt bleibt, deren pathologischer Effekt in Konsequenz dieser Umstände ein oft schwer erkennbarer, vieldeutiger und komplizierter sein muß, wenn er überhaupt in einer für unser Beobachtungsvermögen erkennbaren Weise zustande kommt. Die Manifestationswahrscheinlichkeit der Heredoszizophrenie dürfte nach den Zwillingstudien an einem Material, das so gründlich gesiebt ist, daß seine Fälle dem erblichen Kern der Psychose möglichst nahe kommen, höchstens 80 Proz. betragen. Wir haben also mit rund 20 Proz. nicht zustande gekommener oder zum mindesten nicht erkennbarer Erbschizophrenien zu rechnen unter der Gesamtzahl aller Personen, die in ihrem Genotypus die zur Manifestation notwendigen Voraussetzungen mit sich bringen.

Nicht immer ist das Durcheinander und Übereinander von endogenen und psychogenen Elementen so verhältnismäßig befriedigend zu sichten und zu ordnen wie bei der Schizophrenie. Ich erinnere nur an das noch immer ungelöste Rätsel der degenerativen *Hysterie*, deren erbbiologische Stellung sich heute kaum vermutungsweise festlegen läßt. Hier schon von einem erblichen Kernsyndrom zu sprechen, das den ruhenden Pol in der Erscheinungen Flucht darstellen würde, ist nicht möglich; es erscheint daher auch aussichtslos, etwa für die Hysterie als erbliches Merkmal Mendelproportionen nachweisen zu wollen. Hier muß vielmehr vorerst ein Weg eingeschlagen werden, der sich in der Neurologie als vielversprechend erwies und auch auf psychiatrischem Gebiete zu beachtenswerten Ergebnissen geführt hat — ich erinnere nur an die *Zwangsneurose* und an die *Pseudologia phantastica* —, nämlich der Weg der genealogischen Strukturanalyse. Bei derartigen Anomalien sind Krankheit und Persönlichkeit so innig verflochten, daß nur die Auflösung des klinischen Bildes in seine Elementarbestandteile und das gesonderte erbbiologische Studium der letzteren zum Ziele führen kann. Ob sich dann nach Abschluß der Analyse synthetisch ein Erbsyndrom oder ein fester Komplex von solchen herausarbeiten läßt, der als Erbmerkmal aufgefaßt werden kann und mendelistische, erbstatistische Forschungen erlaubt, muß die Untersuchung selbst lehren. Die genealogische Strukturanalyse ist ebenso wie die dynamisch-funktionelle Betrachtungsweise, zu der sie führen kann, nicht Ziel der Erbforschung in der Psychopathologie, sondern lediglich Behelf und Vorbereitung. Sie macht die mendelistische Forschung nicht überflüssig, sie ebnet ihr vielmehr den Weg und kann sie in manchen Punkten ergänzen.

Näher kann ich auf diese Dinge nicht eingehen. Es lag mir nur daran, Ihnen ein Beispiel dafür zu geben, daß die psychopathologische Erbforschung auch Einzelsymptome zum Objekt ihres Studiums machen kann und muß, wenn die Lage der Dinge es erfordert. Daß dies nicht nur zur Synthese eines vermutlich erblichen Merkmals, sondern auch zur feineren Analyse eines bereits weitgehend bestimmten, das einem komplizierten Erbgang folgt, notwendig werden kann, lehrt wiederum das Beispiel der Schizophrenie. Da wir hier sicherlich mit einer Reihe von Anlagen rechnen müssen, mit Polymerie, liegt die Frage nahe, ob nicht bestimmte Bestandteile des Erbsyndroms als phänotypischer Ausdruck einer Teilanlage aufgefaßt werden können. Der Versuch *Eugen Kahns*, die vermutliche Dimerie durch Annahme eines Persönlichkeits- und eines Prozeß-

faktors befriedigend zu erklären, mußte an der damals noch unvermeidlichen Primitivität der Betrachtungsweise scheitern. Wir sind heute weit genug, mit Sicherheit sagen zu können, daß die Verhältnisse hier viel komplizierter liegen müssen. Plausibler erscheint uns das Ergebnis der Zwillingsforschung, nach welchem der halluzinatorische Komplex zusammen vielleicht mit gewissen Bildern der Schizophrenie einem der für die Schizophrenie bedeutsamen Anlagefaktoren entsprechen könnte. Auf diesem Gebiete steckt die Forschung aber erst in tastenden Versuchen und bis zur endgültigen Klärung dürfte noch ein weiter Weg sein.

IV.

Hier müssen wir abbrechen. Wir konnten uns davon überzeugen, von welcher grundlegender theoretischer Bedeutung die Erkenntnis ist, daß es sich beim Vererbungsvorgang um eine Reaktion von Anlage auf Umwelt handelt; wir durften aus der Tatsache, daß gerade psychopathologische Erblichkeitsstudien dieses Grundprinzip der Vererbung pathologischer Eigenschaften besonders anschaulich machen, auf den hohen Wert der Erbpsychopathologie für die gesamte Erbbiologie des Menschen schließen; wir waren in der angenehmen Lage, einmal den Spieß umzudrehen und der somatischen Pathologie zu zeigen, daß sie, die sich so gern und auch berechtigterweise die Lehrmeisterin der psychischen nennt, auf einem der wichtigsten Gebiete von uns lernen und sich dadurch jene Elastizität des erbbiologischen Denkens bewahren kann, die vor Erstarrung im Schematischen und Dogmatischen schützt und immer dann so leicht verloren geht, wenn die Dinge einfach zu liegen scheinen — ähnlich wie die Psychologie, der die Psychiatrie so viel verdankt, in den letzten Jahren aus der psychiatrischen, speziell der erbkonstitutionellen Betrachtungsweise manchen Nutzen zog; wir konnten schließlich uns ein Bild machen von der Fruchtbarkeit jener Anschauungsweise für die Erkenntnis der Vererbbarkeit psychischer Anomalien und ihres Erbgangs. Über diesem theoretischen Wert dürfen wir aber ihre eminente praktische Bedeutung nicht vergessen, von der wir abschließend kurz sprechen wollen.

Man hat gelegentlich der psychiatrischen Erblichkeitsforschung den Vorwurf gemacht — besonders soweit sie eugenisch eingestellt ist —, ihre Ziele und Ergebnisse seien geeignet, die Therapiefreudigkeit zu lähmen und, gestützt auf die Unabänderlichkeit der Entstehung, des Verlaufs und des Ausgangs der Erbkrankheiten, einem bequemen *laissez faire, laissez passer* das Wort zu reden. Nichts ist verkehrter als diese Anschauung, nichts unberechtigter als ein

solcher Vorwurf. Kein Erbllichkeitsforscher, der den reaktiven Charakter der Vererbung und damit die ungeheure Wichtigkeit der Umwelt für die Manifestation des Merkmals auf der einen, die nosologische Bedeutung der Reaktion der Persönlichkeit auf das Merkmal auf der anderen Seite erkannt hat, wird einen solchen nihilistischen Standpunkt einnehmen können. Hängt die Manifestation einer Erbkrankheit in so hohem Maße von dem Vorliegen bestimmter Umweltverhältnisse ab und wirken Umweltreize auch auf die Gestaltung des bereits manifestierten Merkmals ein, so muß es gelingen, durch Beeinflussung dieser Umweltfaktoren in Form der Abdrosselung manifestationsfördernder und der Propagierung manifestationshemmender Faktoren die Anlage in ihrer Auswirkung zu beeinflussen. Es ist dies dieselbe einfache Überlegung, auf der ja auch der Erfolg jedes pädagogischen Aktes bei der Erziehung und im Strafvollzug beruht. Wenn sich auch der therapeutische und prophylaktische Akt bei den Erbpsychosen in erster Linie an den psychogenen Überbau, das Reaktionsprodukt der Persönlichkeit auf die Krankheit wendet, da hier die Außenfaktoren klarer zutage liegen und leichter zu beeinflussen sind, so ist doch nicht einzusehen, warum es nicht gelingen sollte, auch in den Vorgang der primären Reaktion von Anlage auf Umwelt erfolgreich einzugreifen, wenn die spezifischen Außeneinflüsse einmal genügend bekannt sein werden und der pathogenetische Mechanismus bis zu seinem Beginn zurückverfolgt werden kann. Es wird dann kausale Therapie an die Stelle der symptomatischen treten.

Wir müssen der Therapie und Prophylaxe der Erbkrankheiten lediglich zwei Vorbehalte machen: Sie sollten u. E. nicht rein symptomatisch und blind experimentierend sein, sondern nach Möglichkeit kausal zu wirken versuchen und systematisch betrieben werden, d. h. die Kenntnis der Art und Wirksamkeit spezifischer reaktionshemmender und -fördernder Außenfaktoren zur Voraussetzung haben, also ihrem Erfolg wiederum einen reaktiven Charakter verleihen; denn nur ein solcher Erfolg wird von Dauer sein können. Dann aber — und das ist der wichtigste Punkt — müssen wir verlangen, daß jede Individualtherapie und Individualprophylaxe mit der eugenischen Prophylaxe Hand in Hand geht, damit nicht die späteren Generationen das zu büßen haben werden, was an der gerade lebenden gutgemacht wird. Wir dürfen nie vergessen, daß der Erfolg der Individualtherapie nicht nur ein medizinischer, sondern auch ein sozialer ist und dem geheilten oder gebesserten Erbpsychotiker

in hohem Maße die Selbständigkeit des Handelns wiedergibt, die es ihm erlaubt, Kinder in die Welt zu setzen, deren Gefährdung durch die Erbkrankheit eine erhebliche ist. Die entartete Anlage wird ja in keinem Falle durch die Individualtherapie — und sei sie noch so erfolgreich — ausgemerzt werden können. Die Phantasien Rostands¹⁾ von einem Ersatz eugenischer Maßnahmen durch eine biologisch-chemische Individualprophylaxe, die den Keimdefekt wieder ausgleichen und sogar positive Varianten willkürlich erzeugen soll, werden sich wohl nie realisieren lassen.

Sind aber die genannten Voraussetzungen erfüllt, so werden gerade wir Erbbiologen uns zum entschiedensten therapeutischen Optimismus bekennen müssen. Ich hoffe, daß meine Ausführungen Sie von der Berechtigung und der Notwendigkeit einer solchen prinzipiellen Einstellung überzeugen konnten.

Psychopathologie und Strafrecht.

Von

Prof. HANS W. MAIER,

Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Die Beziehungen des Strafrechts zur Psychiatrie sind sehr mannigfaltige, denn dieser Zweig der Rechtspflege hat es zu einem wesentlichen Teile mit Problemen zu tun, die abwegige psychische Reaktionen des Menschen betreffen.

Für die Zwecke dieses Referates müssen einige Gesichtspunkte herausgegriffen werden, deren Besprechung heute von praktischem Werte ist, und zwar einmal die heutige Art des Zusammenarbeitens zwischen Jurisprudenz, Strafvollzug und Psychiatrie, ferner Vorschläge, die wir aus unserer Praxis und Anschauung heraus für eine Umgestaltung dieses Gebietes machen zu können glauben. Es würde dabei zu weit führen, wenn ich das ganze Gebiet darstellen und alle die zahlreichen Arbeiten zitieren würde, auf die sich das bis jetzt Gewordene und die vielfachen Reformvorschläge stützen. Ich gebe diese Gedankengänge so wieder, wie sie sich mir vor allem aus eigener Erfahrung gebildet haben.

¹⁾ Rostand, J., Hérédité et Milieu. Arch. internat. Neur. 2, XIII, 1929.

Es ist mir aber eine Pflicht, wenigstens an die Namen von Krafft-Ebing und Wagner von Jauregg, an Bleuler, Aschaffenburg, Hoche, 'Ernst Schultze, Gaupp, Wilmanns, Pilez, Hübner, Räcke u. a. zu erinnern, die von psychiatrischer Seite auf diesem Gebiete arbeiteten; über die Anwendung der *lex lata* stimme ich nicht in allem mit Charlot Strasser überein, jedoch decken sich unsere Gedankengänge in wesentlichen Punkten bezüglich der *lex ferenda* und der Strafvollzugsreform.

Unsere Tätigkeit konzentriert sich vor allem darauf, daß wir als Sachverständige für jene Fälle den Richter beraten, wo die geltenden Gesetze geistig abnorme Zustände ausdrücklich anführen. Es ist dies hauptsächlich der Fall bei Zweifeln an der Zurechnungsfähigkeit des Angeschuldigten, der Verübung von Verbrechen an Geisteskranken und bei der Beurteilung von Zeugenaussagen solcher Menschen.

Die meisten jetzt gültigen Strafgesetze stammen aus einer Zeit, in der der Vergeltungsgedanke der Sühne auf Grund eines für uns biologisch nicht direkt faßbaren Schuldbegriffes ihren Ausgangspunkt bildete. Im Vordergrund stand also und steht heute noch nicht die Gesinnung und die Seele des Täters, sondern die Tat, und daraus abgeleitet die Schuld. Dazu gesellte sich die Überzeugung von der Notwendigkeit der Abschreckung, einesteils auf die menschliche Gesellschaft im allgemeinen, die Generalprävention, und dann auf das einzelne verbrecherische Individuum im besonderen, die Spezialprävention. Aus den Fortschritten der kriminalbiologischen Beobachtungen ergab sich die Tatsache, daß es vor allem eine bestimmte Gruppe Menschen ist, die immer wieder das Strafgesetz übertreten und als Rückfallsverbrecher das Hauptmaterial für den Strafrichter darstellen. Je genauer man diese Art von Menschen kennenlernte, desto klarer ergab sich die Tatsache, daß bei ihnen die Abschreckungswirkung der Strafe mehr oder weniger wirkungslos bleibt und daß folglich sich aus dem Begriff der Spezialprävention mehr und mehr der Gedanke der Sicherung der Gesellschaft entwickelte. Bei anderen Arten von Kriminellen jedoch konnte man feststellen, daß Erziehungsmaßnahmen wirkungsvoll sind und daß hier vor allem die Frage der Besserung in den Vordergrund gestellt werden sollte. So befinden wir uns in einer Lage, daß wir auf Grund von Gesetzen unsere Gutachten abgeben müssen, die eigentlich vor allem auf dem Prinzip einer metaphysischen Schuld und der Vergeltung beruhen, in die sich aber die modernen Gedanken der Besse-

rung und Sicherung überall, sei es in den Bestimmungen selbst, sei es in deren praktischer Ausführung eingenistet haben. Diese in der Praxis einander oft widersprechenden Gesichtspunkte haben wohl jeden von uns, der als Experte tätig ist, schon in drückende Gewissenszweifel hineingebracht. Solche Schwierigkeiten zeigen sich schon in der Formulierung des Unzurechnungsfähigkeitsparagraphen, worüber auch im Lager der Psychiater durchaus nicht eine einheitliche Auffassung besteht. Wir sehen hier drei Möglichkeiten bei der Beratung der neuen Gesetzeswerke immer wieder in den Vordergrund treten: Die biologisch medizinische Definition, daß der Mensch in einem krankhaften Geisteszustand unzurechnungsfähig sei, und die psychologische, daß die Ausschaltung der normalen Denk-, affektiven und Willensvorgänge die gleichen Folgen nach sich ziehe. Die Störung der zuletzt genannten Fähigkeiten läßt sich bei vielen Fällen für den Zeitpunkt der Begehung der Tat biologisch nicht mit Sicherheit nachweisen, während die rein medizinische Definition den praktischen Anforderungen auch nicht genügt; es ist dies a priori anzunehmen, da der Begriff der Zurechnungsfähigkeit nicht direkt, sondern höchstens auf Umwegen biologisch definierbar ist; beruht er doch eigentlich auf transzendentalen, normativen Prinzipien. Nach der Auffassung der Mehrzahl der Fachgenossen, denen ich mich durchaus anschließe, können wir diese Schwierigkeit nur überwinden, indem wir eine gemischte Definition der Unzurechnungsfähigkeit annehmen, die einestails das Vorliegen eines abnormen Geisteszustandes, andernteils der Denk- und Willensstörungen verlangt. So lange das Gesetz die Zurechnungsfähigkeit nicht durch einen unserem biologischen Denken konformerem Begriff ersetzt, mag diese Fassung am erträglichsten sein. Dagegen sind in neuester Zeit die Schwierigkeiten in bezug auf den Übergangsbegriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit wieder wesentlich gewachsen und haben zu Meinungsstreitigkeiten geführt, die es nötig machen, hier kurz darauf einzugehen. Wilmanns¹⁾ hat das ganze Material darüber vor drei Jahren in einem weit angelegten, sehr beachtenswerten Werke zusammengestellt und kommt zum Schlusse, daß die Bestimmungen über die verminderte Zurechnungsfähigkeit und deren Folgen praktisch undurchführbar seien, teils wegen der Unzulänglichkeit der Richter in psychopathologischer Richtung, teils wegen der mangelnden Abgrenzbarkeit der in Betracht kommenden Zu-

¹⁾ Die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit als zentrales Problem der Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuch, Berlin, Springer, 1927.

stände und der Unmöglichkeit der Einführung der für ihre richtige Behandlung nötigen Anstalten und Aufsichtsorgane. Er schlägt vor, daß nur die Unzurechnungsfähigen vor Gericht eine besondere Behandlung zu erfahren hätten und daß die große Klasse der Grenzzustände durch eine Individualisierung im Strafvollzug mit möglichster Abschaffung des bestimmten Strafmaßes und der Einrichtung besonderer Sicherungsgerichte, die über die Entlassung zu entscheiden hätten, behandelt werden sollten. Manche der Einwände, die Wilmanns — dem sich Gruhle^{*)} anschließt — gegen die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit anführt, sind durchaus richtig; es wird weiter unten zu diskutieren sein, ob sie nicht auf eine andere, vielleicht zweckmäßigere Art behoben werden können, ohne daß man diesen biologisch doch durchaus begründeten Grenzbegriff wieder ganz fallen läßt. — Vorkastner^{*)} hat sich in seiner eben erschienenen forensischen Psychiatrie praktisch auf den Standpunkt von Wilmanns gestellt. Er behauptet aber, über diesen hinausgehend, daß die verminderte Zurechnungsfähigkeit als transzendentaler Begriff für den Biologen nicht in Betracht kommen könne; sie sei nur von dem Standpunkt aus verständlich, daß für die geringere Schuld auch geringere Strafe am Platze sei, und dieser Begriff von Schuld sei für uns nicht mehr annehmbar. Hiergegen muß nun aber doch m. E. vom psychiatrischen Standpunkt aus Einsprache erhoben werden. Wir haben es bei unseren Gutachten mit mehr oder weniger abnorm reagierenden Individuen zu tun. So wenig es in der Natur irgendeine Grenze zwischen krank und gesund gibt, so wenig läßt sich dieser Trennungsstrich an einer eng zu umschreibenden Stelle bei den Beziehungen der Menschen zum Verbrechen ziehen. Hier eine Zwischenklasse aufstellen zu wollen, ist vielleicht praktisch schwer durchführbar, aber es ist jedenfalls ein Postulat, das sich für uns nicht auf einen unfaßbaren Schuldbegriff, sondern auf den medizinischen Erfahrungen aufbaut.

Um nicht nur theoretisch diese Frage zu behandeln, habe ich das umfassende Begutachtungsmaterial von 1247 Fällen unserer Züricher Klinik aus den letzten 25 Jahren statistisch zusammenstellen lassen, das ich Ihnen in den folgenden Tabellen vorlege. Gewiß verfügt manche gerichtsärztliche Instanz in Großstädten über eine größere Kasuistik, aber der Wert der hier vorgelegten Zu-

^{*)} Handbuch der Mediz. Psychologie, herausgeg. von Birnbaum, Leipzig, Thieme, 1930, S. 664.

^{*)} Handbuch der Geisteskrankheiten, herausgeg. von Bumke, 4. Bd., Berlin, Springer, 1929.

sammenstellung liegt darin, daß sie sich zum allergrößten Teil auf klinisch eingehend beobachtete Fälle bezieht; es kommt hier nicht auf die Art des dabei angewandten Diagnosenschemas, sondern darauf an, daß es während dem ganzen erwähnten Vierteljahrhundert von meinem Vorgänger Bleuler und mir unter einheitlichen und gleichbleibenden Gesichtspunkten verarbeitet wurde.

Tabelle I

**Gesamtzahl der bearbeiteten strafrechtlich
Begutachteten in der psychiatrischen Klinik Zürich 1905-1929:**

1021 Männer = 81,9 %

226 Frauen = 18,1 %

Total: 1247

Resultate der Gutachten:

	Männer:	Frauen:	Total:
Zurechnungsfähig	245 = 24 %	35 = 16 %	280 = 23 %
Vermindertzurechnungsfähig	205 = 20 %	46 = 20 %	251 = 20 %
Unzurechnungsfähig	571 = 56 %	145 = 64 %	716 = 57 %

Jahrgang:	Zurechnungsfähig:	Vermindert zurechnungsfähig:	Unzurechnungsfähig:	Total:
1905	6 = 30%	3 = 15%	11 = 55%	20
1906	5 = 20%	5 = 20%	15 = 60%	25
1907	5 = 18%	4 = 14%	19 = 68%	28
1908	3 = 17%	3 = 17%	12 = 66%	18
1909	8 = 33%	3 = 13%	13 = 54%	24
1910	8 = 21%	11 = 28%	20 = 51%	39
1911	18 = 39%	4 = 9%	24 = 52%	46
1912	19 = 40%	8 = 17%	21 = 43%	48
1913	9 = 30%	7 = 23%	14 = 47%	30
1914	5 = 19%	2 = 8%	19 = 73%	26
1915	10 = 32%	3 = 9%	18 = 59%	31
1916	7 = 21%	7 = 21%	20 = 58%	34
1917	13 = 27%	4 = 8%	31 = 65%	48
1918	22 = 43%	9 = 18%	20 = 39%	51
1919	9 = 15%	16 = 27%	34 = 58%	59
1920	32 = 40%	14 = 17%	34 = 43%	80
1921	17 = 28%	14 = 23%	30 = 49%	61
1922	9 = 19%	9 = 19%	30 = 62%	48
1923	8 = 12%	20 = 29%	41 = 59%	69
1924	16 = 28%	9 = 16 %	31 = 56%	56
1925	17 = 17%	27 = 28%	54 = 55%	98
1926	11 = 14%	16 = 21%	49 = 65%	76
1927	7 = 10%	14 = 20%	48 = 70%	69
1928	7 = 10%	16 = 24%	44 = 66%	67
1929	9 = 9%	23 = 24%	64 = 67%	96

Tabelle II

Vermindert Zurechnungsfähige und Unzurechnungsfähige bei den Deliktsarten:

Verbrechen:	Oligophrenie Psychopathie			Man.-depr. Schizophrenie			Symptomat. Psychosen			Organische Psychosen			Epilepsie			Intoxikation			Sämtliche Diagnosen			Total
	verm. rech.	unzu- rech.	unzu- rech.	verm. rech.	unzu- rech.	unzu- rech.	verm. rech.	unzu- rech.	unzu- rech.	verm. rech.	unzu- rech.	unzu- rech.	verm. rech.	unzu- rech.	unzu- rech.	verm. rech.	unzu- rech.	unzu- rech.	verm. rech.	unzu- rech.		
1. Gegen Staat und öffentl. Ordnung . .		3 ⁽¹⁾	1	1	1 ⁽¹⁾	2									1 ⁽¹⁾				1	8 ⁽⁸⁾	9 ⁽⁸⁾	
2. Gegen den Frieden, Drohung etc. . . .	2	10 ⁽¹⁾	5	7 ⁽¹⁾	3	22 ⁽¹⁾	2	1	1					2 ⁽¹⁾	2	5			10	52 ⁽⁴⁾	62 ⁽⁴⁾	
3. Meineid, falsche Anschuldigung etc.	2	6 ⁽⁴⁾	2 ⁽¹⁾	1 ⁽¹⁾	5 ⁽¹⁾					1 ⁽¹⁾	1	1	2						6 ⁽²⁾	15 ⁽⁶⁾	21 ⁽⁸⁾	
4. Sittlichkeitsverbrechen	33	71 ⁽⁶⁾	35 ⁽¹⁾	29	1	1	2	35 ⁽¹⁾	2	6	1	26	1	2	5	4			80 ⁽¹⁾	174 ⁽⁶⁾	254 ⁽⁷⁾	
5. Gegen Leben und Gesundheit	7 ⁽²⁾	18 ⁽⁸⁾	15 ⁽⁶⁾	8 ⁽¹⁾	3 ⁽²⁾	3 ⁽⁸⁾	3	31 ⁽⁹⁾	1	6 ⁽⁸⁾	1	2	3	4 ⁽¹⁾	6 ⁽¹⁾	10			39 ⁽¹⁰⁾	82 ⁽²⁶⁾	121 ⁽³⁵⁾	
6. Gegen Freiheit (Entführung, Nötigung)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
7. Ehrverletzung etc.		1	1	1	4 ⁽²⁾					4 ⁽²⁾									1	10 ⁽⁴⁾	11 ⁽⁴⁾	
8. Gegen Vermögen, Diebstahl etc. . . .	23 ⁽⁸⁾	57 ⁽¹⁵⁾	27 ⁽¹⁰⁾	36 ⁽¹²⁾	3 ⁽²⁾	1	81 ⁽²⁸⁾	1 ⁽¹⁾	2	16 ⁽⁴⁾	1	3	1 ⁽¹⁾	7 ⁽¹⁾					54 ⁽²⁰⁾	205 ⁽⁵⁷⁾	254 ⁽⁷⁷⁾	
9. Betrug	9 ⁽⁸⁾	40 ⁽¹⁸⁾	24 ⁽⁷⁾	25 ⁽⁸⁾	2	6	1	47 ⁽¹⁰⁾	2	1 ⁽¹⁾	6 ⁽¹⁾	2	1	1					40 ⁽¹¹⁾	128 ⁽³²⁾	168 ⁽⁴⁸⁾	
10. Leichtsinnger und betrügerischer Bankrott																						
11. Brandstiftung . . .	1	12 ⁽¹⁾	4	2 ⁽¹⁾	15 ⁽⁶⁾	1				3		2	1	1 ⁽¹⁾					1	1	2	
12. Amtspflichtverletzung						1													2	40 ⁽⁸⁾	42 ⁽⁹⁾	
Total:	77 ⁽¹⁸⁾	217 ⁽⁴⁸⁾	111 ⁽²⁴⁾	111 ⁽²²⁾	6 ⁽²⁾	22 ⁽⁸⁾	7	242 ⁽⁶²⁾	4 ⁽¹⁾	19 ⁽⁸⁾	5 ⁽²⁾	59 ⁽⁷⁾	8	18 ⁽⁸⁾	16 ⁽³⁾	28 ⁽³⁾			—	1	1	

Nicht aufgeführt in dieser Tabelle sind 15 Männer und 2 Frauen, die nicht geisteskrank waren, denen aber aus besonderen Gründen verminderte Zurechnungsfähigkeit ausgestellt wurde.

N. B. Die eingeklammerten Zahlen bezeichnen die weiblichen Fälle, die in den davorstehenden Hauptzahlen inbegriffen sind.

Tabelle III
Zurechnungsfähig Erklärte und Deliktsarten:

Verbrechen:	Oligophrenie	Psychopathie	Schizophrenie	Andere sympt. Psychosen	Intoxikationen	Keine psychische Störung	Total
1. Gegen Staat und öffentliche Ordnung	—	2			—	2	4
2. Gegen den Frieden, Drohung etc.	1	—			1	5	7
3. Meineid, falsche Anschuldigung etc.	1	1			—	5	7
4. Sittlichkeitsverbrechen	3 ⁽¹⁾	18			4	32	57 ⁽¹⁾
5. Gegen Leben und Gesundheit	1 ⁽¹⁾	3			1	11 ⁽¹⁾	16 ⁽²⁾
6. Gegen Freiheit (Entführung, Nötigung)	—	—			—	—	—
7. Ehrverletzung etc.	—	—			—	1 ⁽¹⁾	1 ⁽¹⁾
8. Gegen Vermögen, Diebstahl etc. . . .	2 ⁽¹⁾	17 ⁽⁸⁾	2	1	7 ⁽⁸⁾	73 ⁽¹⁷⁾	102 ⁽²⁴⁾
9. Betrug	5	24 ⁽²⁾	1	—	2	45 ⁽⁴⁾	77 ⁽⁶⁾
10. Leichtsinziger und betrügerischer Bankerott	—	—			—	—	—
11. Brandstiftung	—	4			1	3	8
12. Amtspflichtverletzung	—	—			—	1	1
Total:	13⁽⁸⁾	69⁽⁶⁾	3	1	16⁽⁸⁾	178⁽²⁸⁾	280⁽³⁴⁾

N. B. Die eingeklammerten Zahlen bezeichnen die weiblichen Fälle, die in den davorstehenden Hauptsahlen inbegriffen sind.

Zu dieser Statistik ist einmal beizufügen, daß wir die zahlreichen von Militärgerichten zur Begutachtung uns überwiesenen Fälle teils aus äußeren Gründen nicht in den Bereich der Untersuchungen einbezogen, teils deshalb, weil dort besondere Tatbestände eine größere Rolle spielten, die von denen im Zivilleben abweichen und nicht direkt damit in Vergleich gesetzt werden können. Die Zahl der kriminellen Frauen, die dem Richter den Verdacht der Unzurechnungsfähigkeit erweckten, verhält sich zu der der Männer ungefähr wie 1:4, während in der Kriminalstatistik an den meisten Orten das weibliche Geschlecht weniger stark vertreten ist; das heißt, daß bei den rechtsbrechenden Frauen die psychische Anomalie eine verhältnismäßig größere Rolle spielt als bei dem männlichen Geschlecht. — Im Verlauf der bearbeiteten 25 Jahrgänge nahm die Zahl der Begutachtungen wesentlich stärker zu als die Bevölkerung, was sicherlich darauf zurückzuführen ist, daß das Verständnis der Justizorgane für die Wichtigkeit der Aufdeckung pathologischer Zustände

gestiegen ist; das beweist, daß die Ansicht der Skeptiker, in dieser Richtung sei überhaupt keine Besserung zu erreichen, nicht zutreffend ist. Die Ziffern der einzelnen Jahre sind natürlich bei den verhältnismäßig kleinen Zahlen Schwankungen durch Zufälligkeiten unterworfen. Man sieht aber doch daraus, daß im ganzen der Maßstab der psychiatrischen Begutachtung gleichblieb, daß es also möglich ist, auch auf dem jetzigen unbefriedigenden Zurechnungsfähigkeitsbegriff fußend — auch in bezug auf deren bloße Verminderung — eine einigermaßen brauchbare Norm anzuwenden. Für die kritische Einstellung des Psychiaters, die so manchmal zu Unrecht bestritten wird, spricht es, daß im Durchschnitt nicht einmal in $\frac{1}{6}$ der Fälle das Urteil auf Unzurechnungsfähigkeit lautete, trotzdem es sich doch schon um ein nach pathologischen Gesichtspunkten ausgewähltes Material handelte. Ebenso wichtig erscheint mir die Tatsache, daß verminderte Zurechnungsfähigkeit bei Männern und Frauen im genau gleichen Verhältnis nur bei $\frac{1}{6}$ der Fälle angenommen werden mußte, und zwar in dem ganzen Vierteljahrhundert ungefähr im gleichen Maße; dies zeigt, daß die Befürchtungen derer nicht berechtigt sind, die verminderte Zurechnungsfähigkeit müßte nach deren Aufnahme ins Gesetz den größten Teil der Kriminellen umfassen. Fast ein Viertel der Begutachteten erschien uns als voll zurechnungsfähig, bei den Männern mehr als bei den Frauen. — Die zweite Tabelle zeigt das Vorkommen der verschiedenen Krankheitszustände bei den einzelnen Verbrechensgruppen und die Einreihung der Täter in Unzurechnungsfähige und vermindert Zurechnungsfähige, die dritte Tabelle das Nämliche für die zurechnungsfähig Erklärten. — Daraus hebe ich hier nur einige interessante Tatsachen hervor; die Feststellungen sprechen im übrigen für sich selbst. Die Tatbestände, bei denen am häufigsten Unzurechnungsfähigkeit angenommen werden mußte, waren die Drohung von Verbrechen und die Brandstiftung: bei 69 Gutachten wegen Drohung traf dies in 52 und bei 50 wegen Brandstiftung in 40 Fällen zu: vor allem handelte es sich dabei um Schwachsinnige und Schizophrene. Ebenso beträgt die Zahl der schwerst geistig Abnormen bei insgesamt 311 Sittlichkeitsdelikten 174, also mehr wie zwei Drittel, wobei vor allem wieder die Schwachsinnigen, dann aber auch die konstitutionellen Psychopathen und die organisch Kranken in den Vordergrund treten. Dies dürfte ein Hinweis darauf sein, wie nötig gerade im Gebiete des Sexualstrafrechts eine Umstellung auf biologische Gesichtspunkte wäre. — Im Zentrum der hier behandelten Kriminalität stehen zusammengenommen die beiden verwandten Gruppen von Diebstahl und Betrug, insgesamt

601 Delikte, bei denen die Unzurechnungsfähigen mit 55 % etwa dem Durchschnitt aller Tatbestände zusammengekommen entsprechen; auch hier fällt wieder das starke Hervortreten der Schwachsinnigen und der Psychopathen auf. — Wenn auch die Zahlen hierfür klein sind, so fällt doch auf, daß die Kriminalität weiblicher Geisteskranker in den Vordergrund tritt bei Meineid, falscher Anschuldigung und Ehrverletzung, während sie selbstverständlich bei Sittlichkeitsdelikten, dann aber auch bei Drohung von Verbrechen und bei Brandstiftung auffallend klein ist. — Von den einzelnen Krankheitsgruppen verletzen das Strafrecht am häufigsten die Schizophrenen, dann folgen die Schwachsinnigen und die Psychopathen, während die beiden letzteren Gruppen wohl sicher in der Bevölkerung stärker vertreten sind als das Spaltungsirresein; sie sind aber eben doch sozial besser anpaßbar. Interessant ist im Gegensatz dazu die sehr geringe Häufigkeit der Epileptiker, nämlich nur 26 solcher Kranke auf zusammen 598 der vorher genannten drei Gruppen. Dies weist darauf hin, daß man früher oft die kriminelle Auswirkung der sog. Epilepsie überschätzte. — Bemerkenswert ist, wie verhältnismäßig selten an organischen Psychosen leidende Frauen im Vergleich zu den Männern kriminell werden; dagegen liegt bei den Schizophrenen und Schwachsinnigen der weibliche Anteil etwas über dem Durchschnitt (20 %), bei den Psychopathen wegen der bei diesen häufigeren Sittlichkeits- und Betrugsdelikten etwas darunter (17 %). —

In bezug auf die verminderte Zurechnungsfähigkeit können wir aus unserer Erfahrung heraus sagen, daß die Annahme **Vorkastners**, nur die Feststellung einer verminderten Schuld könne zu diesem Begriffe führen, nicht zutrifft. Von dem Verbrecher, der wohlüberlegt aus reiner Habgier seine Nebenmenschen schädigt, bis zu dem Schizophrenen, der auf Befehl seiner Halluzinationen einen andern totschießt, gibt es eine Unmenge von Übergängen. Das Gesetz muß uns die Möglichkeit geben, auch Zwischenformen in unseren gutachtlichen Äußerungen gerecht zu werden. Sicher ist die Unzurechnungsfähigkeit kein biologischer Begriff, aber wir können sie so fassen, daß wir medizinisch die Beantwortung der daraufhin gestellten Frage verantworten können. Dann ist es aber auch keine transzendente Forderung, wenn man die verminderte Zurechnungsfähigkeit wünscht, sondern ein Gebot der praktischen Notwendigkeit. Sicherlich allerdings ist es keine gute und nur eine vorübergehende Lösung, wenn man die Verminderung der Zurechnungsfähigkeit nur als mildernden Umstand im Sinne der Verkürzung der Strafe gelten

läßt. Wir sehen aber doch, daß auch die Jurisprudenz erfreulicherweise im Begriff ist, diesen Standpunkt fallen zu lassen. Nach den Bestimmungen des schweizerischen Strafgesetzentwurfes z. B. kann der Richter bei den vermindert Zurechnungsfähigen den Strafvollzug einstellen und statt dessen die Behandlung in einer Heilanstalt oder die Versorgung in einer Pflegeanstalt anordnen oder ihm bestimmte Weisungen erteilen oder ihn unter Aufsicht stellen⁴⁾. Bei dem rückfälligen Gewohnheitsverbrecher, der ja häufig auch praktisch als vermindert zurechnungsfähig zu betrachten sein wird, kann, abgesehen von der Strafe auf eine Verwahrung, die den dauernden Sicherungscharakter hat, erkannt werden. Der Alkoholiker, der sich strafbar gemacht hat, wird statt der Strafe, die ihm im Falle der Heilung erlassen wird, in eine Trinkerheilstätte eingewiesen werden. All das zeigt, daß schon in der heutigen Entwicklung des Strafrechts die Tendenz vorliegt, bei der verminderten Zurechnungsfähigkeit den Besserungs- und Heilgedanken in den Vordergrund zu stellen; auch wenn die Durchführung dieser Maßnahmen Schwierigkeiten bereiten wird, haben wir deshalb nicht das Recht, sie abzulehnen und den früheren Zustand in noch unbefriedigenderer Weise beizubehalten, denn wir haben allen Grund, zu befürchten, daß eine solche Entschliebung einfach eine Verstärkung der reaktionären Tendenz im Strafrecht wäre, und daß die ausgezeichneten Vorschläge Wilmanns zu einer Psychiatisierung des Strafvollzugs und die Einrichtung von Sicherungsgerichten dann doch nicht realisiert würden. Allerdings ist dabei die Einschränkung zu machen, daß die verminderte Zurechnungsfähigkeit nicht allzu weit gefaßt wird; meines Erachtens darf die Schwäche (nicht das völlige Fehlen im Sinne der moralischen Idiotie) des moralischen Verantwortlichkeitsgefühls allein, die wir bei dem größten Teil der Kriminellen finden, nicht als die verminderte Zurechnungsfähigkeit begründend angenommen werden. Wir stehen nach unseren Erfahrungen auf dem Standpunkt, daß der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit nach der Modernisierung seiner Konsequenzen und deren Vollzug für den Gutachter praktisch anwendbar ist und daß wir ohne denselben noch in größere Schwierigkeiten bei den Expertisen kommen würden.

Was die Verbrechen an Geisteskranken oder Geistesschwachen anbelangt, so handelt es sich hier vor allem um Eingriffe in die

⁴⁾ John E. Staehelin verlangt sehr richtig hierzu noch die Ergänzung, daß bei nicht besserungsfähigen und nicht pflegebedürftigen vermindert Zurechnungsfähigen auch die dauernde Einschließung in eine Verwahrungsanstalt eintreten könne (Schweizerische Zeitschr. f. Strafrecht, 41. Bd., 1928).

sexuelle Freiheit. Es wäre wünschbar, daß hier nicht nur die Frau geschützt wird, wie es in den meist geltenden Gesetzen der Fall ist, sondern beide Geschlechter. Ein Punkt, der manchmal zu Schwierigkeiten mit dem Richter führt, ist der, daß nicht nur der objektive Tatbestand der geistigen Störung des Opfers in Betracht kommt, sondern daß auch der Täter subjektiv in der Lage gewesen sein muß, diesen einzusehen. Der Experte wird deshalb nicht selten in den Fall kommen, auch die Untersuchung des Delinquenten selbst zu verlangen, um so mehr als erfahrungsgemäß häufig gerade Geistes-schwache und Psychopathen solche Delikte begehen.

Das moderne Strafrecht berücksichtigt in der Praxis auch heute schon Gründe der Zweckmäßigkeit, z. B. eine Verschärfung der Strafe für besonders gefährliche Menschen; an manchen Orten, z. B. in Zürich, sind besondere Verwahrungsgesetze für rückfällige unverbesserliche Delinquenten bereits in Kraft. Sie haben allerdings in der Ausführung noch viel Unbefriedigendes, indem die nötigen Anstalten für die Verwahrung, die möglichst human und ohne Übels-zufügung eingerichtet sein sollen, noch nicht vorhanden sind, und die Leute bei uns einfach im Zuchthaus untergebracht werden. Jedenfalls ergibt sich aber aus diesem Prinzip, daß es dem psychiatrischen Gutachter nicht benommen sein kann, auch die Gründe der Zweckmäßigkeit dem Richter in seiner Expertise vorzulegen. Ich erinnere hier an den Wechsel der Anschauungen über konstitutionelle moralische Idiotie; es besteht wohl kein Zweifel, daß die extremsten Fälle dieser Störung erblicher Natur sind und daß die damit Behafteten bei einer unglücklichen Kombination ihrer sonstigen Anlage ebensowenig eine normale Wahlmöglichkeit für ihre strafbaren Handlungen haben wie der Paralytiker oder Schizophrene. Trotzdem hat sich die Praxis so entwickelt, diese Leute als zurechnungsfähig zu betrachten, weil wir meist einfach keine Möglichkeit haben, sie sicher in psychiatrischen Anstalten unterzubringen. Wenn sich das Prinzip der Sicherungsverwahrung durchsetzt, wird gerade vom Standpunkt der Zweckmäßigkeit aus die Frage der Zurechnungsfähigkeit hier keine große Rolle mehr spielen, was bei derartigen konstitutionell Abnormen, die ausgesprochen gesellschafts-feindlich sind, entschieden ein Vorteil wäre. Auch bei anderen Fällen wird sich diese Konsequenz ergeben. Ich begutachtete vor einigen Jahren einen epileptoiden Alkoholiker, der im pathologischen Rausch einen Totschlag begangen hatte, und betonte, daß der gemeingefährliche Mensch nicht mehr in die Freiheit kommen dürfe, aber in einer psychiatrischen Anstalt wegen Fluchtgefahr nicht ge-

halten werden könne; er wurde wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen, aber auf 5 Jahre in eine Verwahranstalt eingewiesen, die nämliche Strafanstalt, in die er als verurteilt gekommen wäre.

Der Gesichtspunkt der Sicherung zusammen mit dem der Behandlung tritt auch heute schon praktisch bei gewissen Arten von Sexualverbrechen in den Vordergrund. Ein Beispiel hierfür ist der Exhibitionismus, der keine einheitliche Erscheinung ist. Nach unseren Erfahrungen nützt die Bestrafung bei den Debilen, Epileptoiden und stark neurotischen Exhibitionisten in der Regel gar nichts, sondern macht die Leute eher noch haltloser und rückfallsgefährlicher. Setzt man dies dem Richter auseinander, so wird er eher damit einig gehen, daß der Delinquent im Augenblick der Tat nicht den strafbaren Willen hatte und daß die Überweisung an die Vormundschaftsbehörde zwecks Durchführung der richtigen ärztlichen Behandlung und Beaufsichtigung im Interesse des Täters und der Gesellschaft die richtigere Maßnahme ist wie eine zwecklose Strafe. Stäehelin⁵⁾ hat am Material der Züricher Klinik gezeigt, daß man auf diesem Wege bedeutend bessere Resultate erhält als mit Bestrafung. Bei anderen Sexualdelinquenten, wo der überstarke und nach erzieherischen und medizinischen Erfahrungen auf keine Weise zu zügelnde Trieb immer wieder zu Rückfällen führt, kann der Experte dem Richter klar machen, daß der freie Entschluß des Täters zur Kastration die weitere Gefährlichkeit auszuschließen imstande ist. Nach unseren 25jährigen Erfahrungen auf diesem Gebiete⁶⁾ ist diese Möglichkeit vorhanden, wenn die allerdings seltenen Fälle richtig ausgewählt werden. Auch hier wird der Richter aus der Ausführung der Operation und Meinung des Experten den Schluß ziehen können, daß bei dem vorher begangenen Delikt der abnorme Trieb einen überwältigenden Einfluß hatte und zweckmäßigerweise nach Ausführung der Operation zur Annahme der Unzurechnungsfähigkeit kommt; der Entschluß zu dem Eingriff muß u. E. allerdings dem freien Ermessen des Delinquenten entspringen und darf nicht vom Richter erzwungen werden⁷⁾.

⁵⁾ Untersuchungen an 70 Exhibitionisten, Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 102, 1926.

⁶⁾ Siehe Sigwart Frank, Praktische Erfahrungen mit Kastration und Sterilisation psychisch Defekter in der Schweiz. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neur., Bd. LVII, 1925.

⁷⁾ Anders teilweise in der nordamerikanischen Gesetzgebung, s. Hans W. Maier: Die nordamerik. Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen usw., Jurist.-psych. Grenzfragen, Bd. VIII, Halle, Marhold, 1911.

Es widerspricht durchaus nicht der Auffassung des Gesetzes, wenn der Gutachter auf Grund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zu anderen Schlüssen über die Zurechnungsfähigkeit kommt, als es bei der nämlichen Fassung des Paragraphen früher der Fall gewesen wäre. Hier ergibt sich allerdings eine Gefahr, nämlich die, daß von seiten einzelner Experten irgendwelche nicht genügend bewiesene Theorien oder Postulate psychologischer oder psychopathologischer Art als sicheres Gut der Wissenschaft angesehen und daraufhin gutachtliche Schlüsse gemacht werden. Hiergegen muß Verwahrung eingelegt werden, da wir sonst das Vertrauen, das der Jurist in unser Gutachten haben muß, untergraben, und zuletzt nicht ein Fortschritt erreicht wird, sondern eine wachsende Reaktion gegen unsere Expertisen. So erfreulich die individuelle psychologische Durchforschung des Verbrechers ist und so wichtig die Erklärbarkeit des Deliktes z. B. aus neurotischen und unbewußten Komponenten sein kann, so wenig hat das direkt mit der strafrechtlichen Verantwortlichkeit zu tun. Die neuen Auffassungen z. B. der affektiven Eigenheiten im Sinne der Schizoide können gefährlich und nachteilig werden, wenn sie sich so auswirken, daß daraus praktische Schlüsse gezogen werden, als ob wir es mit einem geisteskranken Schizophrenen zu tun hätten. Es sind dies Erscheinungen, die bei innerhalb der Norm liegenden Individuen so häufig getroffen werden, daß keine pathologischen Schlüsse daraus gezogen werden dürfen. Auch gerade von psychoanalytischer Seite wurde ja öfters mit Nachdruck betont, daß diese Auffassung auf die forensische Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit bei der heutigen Fassung der Zurechnungsfähigkeit keinen oder nur sehr geringen Einfluß haben könne. Es ist gewiß wünschbar, daß der Psychiater sich auf Grund seiner Erfahrungen mit der Strafrechtsreform befaßt; bei der Beantwortung der gestellten Expertenfragen hat er aber diese Aufgabe beiseite zu legen, denn er hat hier einzig auf Grund des geltenden Gesetzes dem Richter mit seinem Rat zu helfen. Dabei ist aber allerdings zu berücksichtigen, daß die juristischen Fassungen, auch wenn sie vor Generationen gemacht und noch nicht abgeändert sind, doch durch die Praxis der Gerichte und die Fortentwicklung der Anschauungen in der Auslegung geändert werden können und werden, und darauf hat auch der Gutachter Rücksicht zu nehmen. Natürlich sollte er auch das Recht haben, Anregungen für die zweckmäßige Behandlung des Exploranden vom ärztlichen Standpunkte aus zu machen, aber für die Beantwortung der Hauptfragen hat er sich auf die *lex lata* zu beschränken.

Es sei noch darauf hingewiesen, wie sehr das Schuldprinzip schon in geltenden Strafgesetzen vielerorts durch Einführung der bedingten Verurteilung oder des bedingten Strafaufschubs für erstmalige Delinquenten durchbrochen wurde. Hier tritt die Absicht der Besserung und Erziehung deutlich auch juristisch in für uns sehr zu begrüßender Weise in den Vordergrund.

Unsere Beziehungen zum Strafvollzug sind heute noch lose und recht unbefriedigende. Sie beschränken sich in der Regel auf die Begutachtung einzelner Sträflinge daraufhin, ob der geistige Zustand die weitere Vollziehung des Urteils gestattet oder nicht. An manchen Orten ist auch die Umwandlung einer schwereren Strafe in eine leichtere aus medizinischen Gründen möglich. In einigen nord-amerikanischen Staaten, wo die psychiatrische Begutachtung vor Gericht allorts noch viel weniger befriedigend und ausgebaut ist wie bei uns, hat man den Versuch gemacht, dafür in den Strafvollzug die ärztlichen Gesichtspunkte in viel systematischerer Weise einzuführen. Es geschah dies vor allem unter dem Einfluß der dort recht starken Bewegung für psychische Hygiene. In der Neuyorker Strafanstalt Sing-Sing z. B. ist bei den Neubauten ein großer medizinischer Pavillon errichtet worden, in dem sämtliche neu eintretende Gefangene die ersten Wochen zubringen. Dort werden sie einestheils von den Gefängnisärzten körperlich sehr gründlich untersucht und beobachtet; andererseits ist eine besondere psychiatrische Abteilung vorhanden, die aus zwei gut ausgebildeten Irrenärzten, psychologischen Hilfskräften und Fürsorgern besteht; letztere haben durch Nachforschungen an Ort und Stelle das Vorleben des Exploranden, dessen soziale und familiäre Verhältnisse genau aufzuklären. Über jeden Sträfling wird hier eine genaue psychiatrische Krankengeschichte angelegt, die während seinem weiteren Aufenthalt im Zuchthaus fortgeführt wird. Man sucht, darauf aufbauend, die Häftlinge soviel wie möglich psychotherapeutisch zu behandeln und sich ein Urteil über ihre Gefährlichkeit und weitere soziale Verwendbarkeit zu verschaffen. Dazu kommt, daß für die meisten Delikte, mit Ausnahme der ganz schweren, das Prinzip des unbestimmten Strafmaßes insofern weitgehend durchgeführt wird, daß z. B. viele Urteile auf ein Jahr Zuchthaus bis lebenslänglich lauten. Es bleibt dann dem Entlassungsgericht vorbehalten zu bestimmen, ob und wann der Betreffende auf Zusehen hin nach Ablauf der Minimalstrafdauer entlassen werden kann; in diesem Gericht sitzen neben den leitenden Beamten der Strafanstalt Juristen und auch der Psychiater, der die Anträge auf Grund eingehender Begutachtung stellt. Daneben will

aber die genaue ärztliche und psychiatrische Untersuchung für später auch bezwecken, daß die Strafanstaltsbevölkerung nach ihrer psychischen Eigenart sortiert und in zweckmäßiger Weise die gleichartigen, die sich nicht ungünstig beeinflussen, in die fünf verschiedenen Anstalten des Staates Neuyork verteilt werden können. Wir sehen also hier die Anfänge für die Psychiatrisierung des Strafvollzuges und eine Art Sicherungsgericht, wie es Wilmanns in seiner oben erwähnten Arbeit vorschlug.

Der persönliche Eindruck, den ich dort bekam, war der, daß hier mehr erreicht ist, als ich mir in unserer Zeit als realisierbar vorstellte. Daß an anderen Orten der U.S.A. beim Strafvollzug die mittelalterlichsten Verhältnisse anzutreffen sind, sagt nichts gegen die Wichtigkeit und Erfreulichkeit dieser Versuche, die wir vor allem dem Psychiater Bernhard Gluck verdanken, der mehrere Jahre in Sing-Sing tätig war.

Wenn wir zurückblickend konstatieren können, daß die Zusammenarbeit von Psychiatrie und Richter im Strafprozeß gegenüber früher eine engere geworden ist, so müssen wir andernteils sagen, daß die Verhältnisse hier auch heute noch keineswegs befriedigende sind. Zum Teil liegt das im Stand der Gesetzgebung, zum Teil aber auch in anderen Momenten, auf die hier eingegangen werden muß.

Vor allem haben wir den Eindruck, daß es heute oft von Zufälligkeiten abhängt, ob ein Angeschuldigter der psychiatrischen Begutachtung zugewiesen wird oder nicht, z. B. ob er einen hierfür interessierten Verteidiger hat, oder ob sein Richter über das nötige psychologische Verständnis verfügt. Nach der juristischen Auffassung ist die Tatsache der Zurechnungsfähigkeit eine Vorbedingung für die Strafverfolgung, und sie sollte eigentlich in jedem Falle positiv bewiesen werden. Psychiatrisch ist allerdings hierzu zu bemerken, daß wir nur in sehr beschränktem Maße imstande sind, die Norm der geistigen Funktionen nachzuweisen und uns im allgemeinen darauf beschränken müssen, aus dem Fehlen abnormer Erscheinungen negative Schlüsse zu ziehen. In der Gerichtspraxis wird naturgemäß entsprechend dem Prinzip der Häufigkeit auch die Zurechnungsfähigkeit ohne weiteres angenommen, wenn keine besonderen Gründe dagegen sprechen; diese Gründe zu erkennen, bedarf es aber gerade in Fällen, die nicht klar als abnorm auf der Hand liegen, gewisser psychopathologischer Kenntnisse und einer Einfühlung in dieser Richtung, die heute bei den Richtern nicht in gleichmäßiger

Weise vorhanden ist. Andernteils sehen wir aber nicht selten, daß Sachverständige, die in Wirklichkeit keine sind, mit Gutachten beauftragt werden, d. h. Ärzte, die in anderer Richtung recht tüchtig sein können, aber von Psychiatrie viel zu wenig verstehen. Dazu kommt, daß gerade solchen Experten die Möglichkeit zu einer klinischen Beobachtung der Expl. oft fehlt und bei der Untersuchung in der Haft gröbere Fehler auch dem geübten Richter unterlaufen können. Die strafrechtliche Begutachtung ist für den gewissenhaften Psychiater durchaus nicht eine dankbare und erstrebenswerte Arbeit, denn sie nimmt uns viel von der nötigen Zeit für die Behandlung unserer zahlreichen anderen Patienten und für die wissenschaftliche Tätigkeit weg. Dies ist aber kein Grund, daß wir uns der Aufgabe entziehen dürfen, sondern es müssen eben die nötigen Stellen an den Kliniken und Anstalten geschaffen werden, um so mehr als die Betrauung jüngerer Ärzte mit solchen Arbeiten eine ausgezeichnete Ausbildungsgelegenheit ist, wenn sie mit Hilfe und unter der Aufsicht von Erfahrenen ausgeführt werden.

Ein weiterer Übelstand ist der, daß unsere Diagnostik für die Erkennung der Anfangsstadien von Psychosen und auch von kurz dauernden Bewußtseinsstörungen noch recht wenig befriedigend ist. Ich möchte hier nur als Beispiel die Begutachtung der jugendlichen Mörder anführen, wo wir nicht so selten in den Fall kommen, die Entwicklung einer schleichend verlaufenden Schizophrenie zu vermuten, ohne sie beweisen zu können, so daß wir nicht zur Annahme einer Unzurechnungsfähigkeit kommen können; erst die spätere Entwicklung des Zustandes in der Strafanstalt zeigt uns dann nicht selten, daß unsere Vermutung richtig war und daß es sich um einen früher zu Unrecht verurteilten Geisteskranken handelt. Es ist eine Aufgabe der klinischen Psychiatrie, diese Fehlerquellen mit dem Ausbau unserer Wissenschaft mehr und mehr auszumerzen.

In diesen Zusammenhang gehört auch die Stellung des Psychiaters zur Todesstrafe. Psychologisch können wir nicht selten bei der Begutachtung von Schwerverbrechern Gelegenheit haben, zu sehen, daß die Todesstrafe auf derartige Menschen keinen abschreckenden Einfluß hat, wie immer behauptet wird. Andernteils wissen wir aber aus unserer Erfahrung, wie groß und gefährlich die psychologischen Fehlerquellen sein können, auf die sich oft Gerichtsurteile stützen müssen, und wie leicht selbst im Falle des Geständnisses Fehler über die Täterschaft oder über die Zurechnungsfähigkeit unterlaufen können. Ich bin in einem schweizerischen Kanton tätig, wo seit mehr wie einem halben Jahrhundert die Todesstrafe abge-

schaft ist, während sie in eng benachbarten Gebieten noch beibehalten wurde. Wohl niemand bei uns wünscht diese Strafart zurück und hat den Eindruck, daß deshalb bei uns die Kapitalverbrechen häufiger wären, eine Erfahrung, die auch an anderen Orten gemacht wurde.

Wenn wir die psychologischen Eindrücke zusammenfassen, die wir im Laufe einer langen Gutachtertätigkeit in strafrechtlichen Fällen sammeln konnten, so können wir drei große Gruppen von Menschen unterscheiden, bei denen natürlich eine ganze Reihe von Unterabteilungen wieder in Betracht kommen: Es sind einestails die innerhalb der Norm liegenden Naturen, die durch äußere schwierige Verhältnisse oder Verführung oder in Affektzuständen die Rechtsnorm überschreiten, dann diejenigen der ausgesprochen geistig Abnormen und, dazwischen liegend, die der von Jugend auf psychisch abwegig Angelegten, die meist aus einem Zusammenwirken innerer und exogener Momente mit dem Gesetz in Konflikt kommen. Die erste Klasse der „Normalen“ deckt sich in der Regel mit dem Begriff der Zurechnungsfähigkeit, die zweite der ausgesprochen psychisch Abnormen mit dem der Unzurechnungsfähigkeit, während wir in der großen Mittelgruppe der Psychopathen und intellektuell und affektiv Debilen nach unserem heute geltenden Maßstab sowohl Zurechnungsfähige wie vermindert Zurechnungsfähige und, meist in Ausnahmeständen, Unzurechnungsfähige finden. Betrachten wir die Zweckmäßigkeit der geltenden kriminalpolitischen Gesichtspunkte, so müssen wir zugeben, daß bei den „Normalen“ der Wirkung der Abschreckung im Sinne einer Generalprävention eine Berechtigung zukommt und nicht entbehrt werden kann. Wir wissen aus dem individuellen psychologischen Studium des Gesunden, daß die Möglichkeit antisozialer und direkt krimineller Tendenzen unbewußt in uns allen vorhanden ist; eine Lockerung der sozialen Bindungen und stets mögliche neurotische Gleichgewichtsschwankungen des Individuums und der Gesellschaft, wie wir sie z. B. in der Nachkriegszeit erlebt haben, genügen, um auch hier gesellschaftsfeindliche Tendenzen zum Durchbruch kommen zu lassen, gegen die die Furcht vor der Strafe eine gewisse Wirksamkeit hat. In der Möglichkeit der bedingten Verurteilung bei Erstverbrechern haben wir oben schon ein erzieherisches Prinzip erwähnt, das wichtig und begrüßenswert ist; sie sollte aber in Ausnahmefällen auch bei Vorliegen von Vorstrafen möglich sein, ebenso, wie sie bei gut Beleumundeten nicht kritiklos angewendet werden darf. — Die Strafe trug das heilsame Prinzip der Sühne in sich, solange der Großteil der Be-

völkerung innerlich stark religiös eingestellt war. Wir müssen — in manchen Beziehungen zu unserem Bedauern — konstatieren, daß das heute nicht mehr der Fall ist; das ist wohl einer der Hauptgründe dafür, daß wir fast nie mehr das befreiende Gefühl der Sühne bei unseren Bestraften finden. An seine Stelle sollte in den neuen Gesetzgebungen nach unserem Eindruck so viel als möglich die Wiedergutmachung des gestifteten Schadens treten, wozu wir ja in manchen Entwürfen auch Anfänge sehen, die aber weiter auszubauen wären. Leider läßt sich aus praktischen Gründen der Strafvollzug nicht so einrichten, daß der Arbeitsertrag des Gefangenen ein wesentlicher ist. Es könnte aber im Falle der bedingten Verurteilung oder probeweisen vorzeitigen Entlassung aus der Haft der gesetzliche Zwang eingeführt werden, daß der Rechtsbrecher den, zu dessen Schaden er gehandelt hat, innerhalb der möglichen Grenzen entschädigt. Die Verweisung dieser Ansprüche auf den Zivilweg ist in der großen Mehrzahl der Fälle eine illusorische Maßnahme. Es sollte sich bei der Wiedergutmachung auch nicht um eine private Angelegenheit zwischen dem Täter und dem Geschädigten handeln, sondern der Staat müßte ebenso darüber wachen wie über den Strafvollzug, gerade weil es sich eben hier um eine wichtige erzieherische Frage handelt.

Die bisher genannten Momente kämen natürlich ebenso für die strafrechtliche Behandlung der normalen zurechnungsfähigen „Normalen“ wie der vermindert zurechnungsfähigen und zurechnungsfähigen Psychopathen und Debilen in Betracht; bei diesen letzteren handelt es sich durchwegs um mehr oder weniger desequilibrierte Menschen, bei denen neurotische Komponenten eine wesentlich größere Rolle spielen wie beim Normalen. Vor allem bei ihnen beobachten wir nun in der Praxis, daß die jetzige Art der Strafverhängung und des Strafvollzugs das Gegenteil einer Besserung erreicht, nämlich die Verstärkung einer ausgesprochenen *Trotzreaktion* gegen die Gesellschaft.

Gerade bei der Untersuchung jugendlicher Rechtsbrecher, wo die psychologischen Verhältnisse noch durchsichtiger liegen, sehen wir oft, wie eine Trotzneurose zur Kriminalität führt und einen schweren konstitutionellen moralischen Defekt vortäuschen kann. Reagiert die Gesellschaft hierauf einfach mit Strafen, so wird diese ethische Entgleisung zu einer dauernden, und wir züchten direkt den Gewohnheits- und Berufsverbrecher. Die Einwirkungsmittel der heutigen Strafanstalt, die doch auf dem Prinzip der Übelzufügung aufgebaut ist, sind hiergegen ganz unzweckmäßig. Das progressive

Stufensystem des Strafvollzugs, die kleinen z. T. im Erfolg recht fraglichen Modernisierungen mit etwas Sport, Radio und ähnlichem, sind viel zu schwache Momente, um dem verbitternden Einfluß der Einzelhaft, des Sprechverbots und der ganzen freudlosen Umgebung genügend entgegenzuwirken. Bei der heutigen Organisation ist den Strafvollzugsbeamten ein seelisches Eingehen auf den einzelnen Gefangenen auch bei bestem Willen und Können in viel zu geringem Maße möglich; meist steht ihnen zur Kenntnis des Einzelnen nur dessen eigener geschriebener Lebenslauf, ein Vorstrafenverzeichnis und ein Urteilsauszug zur Verfügung. In der Regel haben sie nicht einmal die Möglichkeit, die Gerichtsakten über die ihnen Anvertrauten zu lesen, und wenn es der Fall ist, so sind auch diese ja meistens psychologisch wenig inhaltsreich. Das ist bei den Psychopathen und Deblen besonders verhängnisvoll. Die einfache Anstellung eines Psychiaters in einem solchen Betrieb erreicht den von uns erstrebten Zweck der Behandlung bei noch hoffnungsvolleren Fällen nicht, denn dieser hat meist nur Zeit, sich mit dem psychisch Abnormsten zu befassen. Bei dem ganzen Geist und Betrieb unserer durchschnittlichen Strafanstalten ist eine seelische Behandlung und Beeinflussung überhaupt doch nur ungenügend durchführbar. Die Fürsorgeinstitutionen für entlassene Sträflinge tun ja gewiß manches Gute und ihre Leiter geben sich die erdenklichste Mühe, aber sie können in den jetzigen Betrieben doch nur recht wenig leisten. Um hier Wandel zu schaffen wäre es nötig, den Betrieb der Anstalten weitgehend zu dezentralisieren und zu differenzieren. Die heutigen festungsartigen Gebäude mit ihrer das Seelische ertötenden Umgebung sind nach den Erfahrungen auch der Strafvollzugsbeamten nur für einen sehr kleinen Teil der Insassen nötig; die meisten könnten ebensogut oder besser in kolonieartigen Gebäuden mit landwirtschaftlicher Beschäftigung untergebracht werden, wo ein seelischer Einfluß viel eher ausgeübt werden könnte. Es wäre nach dem oben erwähnten Muster von Sing-Sing eine Aufnahmeanstalt für die Frischverurteilten zu wünschen, wo eine genaue ärztliche und vor allem psychiatrische Untersuchung des Einzelnen durchzuführen wäre; je nach deren Resultat wären die Gefangenen in Spezialabteilungen für besserungsfähige Neurotiker, für affektlabile Psychopathen, harmlose Deble und schließlich für unverbesserliche Gefährliche zu verteilen. Für die Insassen der Sicherheitsabteilung wäre nur der Gesellschaftsschutz maßgebend und auf die Dauer der verhängten Strafe keine Rücksicht zu nehmen, aber die Einrichtungen sollten so human als möglich sein, während in den übrigen Abteilun-

gen die Entlassung sich je nach dem Grade der Behandlung und Prognosestellung zu richten hätte. Selbstverständlich müßte mit diesem Prinzip die Einführung einer möglichst fristlosen Bestrafung gerade der Mittelklassen von Psychopathen und Debilen Hand in Hand gehen, die sich praktisch nach den amerikanischen Vorbildern, evtl. unter Ansetzung eines gewissen Strafminimums, durchführen ließe. Die Verantwortung für die Entlassung sollte nicht allein auf dem Psychiater ruhen, sondern von einem Entlassungsgericht getragen werden, das aus psychologisch eingestellten Strafvollzugsbeamten und evtl. auch Richtern zu bilden wäre; dort hätte aber doch das Gutachten des Arztes als eine der wichtigsten Grundlagen zu dienen⁶⁾. Die Forderung dagegen, daß der Psychiater selbst die Leitung einer solchen Anstalt zu übernehmen hätte, halte ich für unrichtig; er hat eine seinem Wirken viel entsprechendere Stellung, wenn er nicht der Vertreter der staatlichen Exekutive ist, sondern neben dieser als Arzt tätig sein kann.

Man wird zuerst einwerfen, daß eine solche Institution von der Allgemeinheit nicht tragbare finanzielle Opfer fordert. Wenn man aber ausrechnet, was heute die im wesentlichen erfolglose Bekämpfung der Kriminalität kostet, so würden sich die Aufwendungen durchaus rechtfertigen und bald bezahlt machen. Auch eugenische Prinzipien könnten hierbei zu einer Entlastung der künftigen Generationen mitberücksichtigt werden: in den Abteilungen zur dauernden Sicherung wäre sicherlich ein großer Teil der Leute, deren Fortpflanzung für die Ausbreitung krimineller Tendenzen am meisten zu fürchten ist; diese würden durch die Ausschaltung aus der Gesellschaft praktisch sterilisiert.

Wenn der Einweisung in diese Versorgungs- und Behandlungsanstalten, die etwa den Zwischenanstalten von Aschaffenburg entsprechen würden, bei einer solchen Organisation der Charakter der entehrenden Strafe genommen würde, wäre es auch viel eher möglich, diejenigen antisozialen Elemente der Irrenanstalten, die deren spezielle und besondere kostspielige Einrichtungen nicht bedürfen und doch in ihrer freien Bewegung beschränkt werden müssen, dorthin zu versetzen. Was das für eine Entlastung für die psychiatrischen Institute bedeuten würde, werden mir alle die nachfühlen können, die die Verantwortung für solche zu tragen haben.

⁶⁾ Diese Gedankengänge decken sich erfreulicherweise in vielem mit den praktischen Vorschlägen von Wilmanns (loco citato), trotzdem wir auf verschiedenen Wegen, aber doch eben an der praktischen Erfahrung dazu gelangen.

Die Durchführung dieses biologischen Prinzips im Strafrecht wäre nicht eine Minderung des persönlichen Verantwortlichkeitsgefühls des Einzelnen, denn es hätten alle Kategorien die Konsequenzen ihrer Handlungen zu tragen: der geistig Normale müßte das als Abschreckung wirkende Übel der Freiheitsberaubung wie heute auf sich nehmen, immerhin unter wesentlich stärkerer Berücksichtigung der Wiedergutmachung des gestifteten Schadens. Der Geisteskranke und der schwer psychisch Abnorme würde, wenn es sein Zustand verlangt, zwangsweise in einer eigentlichen psychiatrischen Anstalt behandelt. Die Einrichtung besonderer Kriminalirrenanstalten werden wir hierfür wohl alle ablehnen und als unnötig betrachten. Der psychopathische und debile Kriminelle würde seinem Zustand entsprechend in einer der skizzierten Zwischenanstalten behandelt, entweder gebessert unter sozialer und ärztlicher Aufsicht nach entsprechender, individuell sorgfältig abgestufter Zeit entlassen oder dauernd in schonender Weise versorgt. Der Begriff der Zurechnungsfähigkeit könnte dabei in einer neuen Gesetzgebung verschwinden; der Richter hätte zusammen mit den Sachverständigen auf Grund eines allerdings viel genaueren Studiums der Persönlichkeit des Täters zu entscheiden, ob dieser bei dem Delikt aus normalen psychischen Mechanismen heraus handelte, ob er als schwer geistig verändert zu betrachten ist oder ob er in die Mittelklasse der teilweise geistig Veränderten zu rechnen ist; er wird sich hierbei wohl öfters vom Experten beraten lassen müssen als heute, aber die Entscheidung hätte er selbst zu treffen. Das auch schon aufgestellte Postulat, daß der Psychiater Mitglied des Strafgerichts sein sollte, halte ich für unerwünscht, da er als Gutachter eine wesentlich unabhängigere Stellung einnimmt und die Gefahr bestünde, daß er sonst bei dieser ausschließlichen Tätigkeit dem ärztlichen Denken zu viel entfremdet wird und verknöchert.

Man wird gegen eine solche Organisation auch einwenden, daß diese Umstellung der Gesetzgebung unmöglich sei. Gewiß werden wir eine solche nicht innerhalb weniger Jahre durchsetzen können, aber es handelt sich hier um Probleme, deren Lösung wir für künftige Generationen vorzubereiten haben. Ich mache regelmäßig mit meinen Studenten einen Rundgang durch eine große Strafanstalt, um auch die künftigen Ärzte für dieses Kulturproblem zu interessieren; dabei kann ich mich jeweils des Eindrucks nicht erwehren, daß man in 200 Jahren von den Einrichtungen unseres heutigen Strafvollzugs den Eindruck haben wird, mit dem wir heute mittelalterlichen Institutionen auf diesem Gebiet gegenüberstehen. Es ist gefährlich und

unberechtigt, Fortschritten der Strafjustiz mit dem Einwand den Boden zu entziehen, daß die „Volksmeinung“ das alte System der Rache und Sühne wünsche. Wir wissen von anderen Gebieten her, wie veränderlich die Auffassung der Allgemeinheit ist, und wir haben dieser nicht kritiklos nachzugeben, sondern als Führer dafür zu sorgen, daß sie sich in einer für die Gesellschaft zweckmäßigen Weise ändert. Ein Beispiel, wie verhältnismäßig leicht dies möglich ist, ist die Modernisierung des modernen Jugendstrafrechts im Verlaufe der letzten 50 Jahre. Es ist noch nicht länger her, daß man Kinder und Jugendliche vom 10. und 12. Jahr an mit den nämlichen Strafen belegte wie die Erwachsenen und, wie wir heute überzeugt sind, in vielen Fällen lebenslänglich verdarb. Heute ist es uns selbstverständlich geworden, daß die strafrechtliche Behandlung der Jugendlichen nach den rein biologischen Gesichtspunkten der Besserung zu geschehen hat. Der neue schweizerische Strafgesetzentwurf sieht z. B. bis zum 14. Jahr überhaupt nur erzieherische Maßnahmen vor; im Alter von 14 bis 18 Jahren stellt der Richter den Sachverhalt fest, wird aber vor allem darauf hingewiesen, daß er sich über den körperlichen und geistigen Zustand des Jugendlichen und über seine Erziehung, in allen zweifelhaften Fällen mit Hilfe des Arztes, zu orientieren habe. Ist die häusliche Erziehung ungenügend, so ordnet das Gericht solche in einer anderen Familie an, wenn nötig die Einweisung in eine Rettungs- oder in eine Korrekptionsanstalt, evtl. auch in eine ärztlich geleitete Anstalt. Schließlich besteht auch die Wahl, wenn keine sittliche Verwahrlosung vorhanden ist, dem Jugendlichen nur einen Verweis zu erteilen oder ihn in einer besonderen Verhaftanstalt einzuschließen, wobei jeweilen die Möglichkeit der Gewährung einer Probezeit, der bedingten Entlassung und der Schutzaufsicht gegeben ist. Würde dazu noch das oben erwähnte Prinzip der Wiedergutmachung des gestifteten Schadens treten, so hätten wir in diesen Bestimmungen eine Fülle von Besserungs- und Erziehungsmaßnahmen, die für jeden einzelnen Fall anpaßbar und genügend wären. Auch hier bestehen gewiß Schwierigkeiten für die Organisation der Durchführung solcher verschiedenartiger Maßnahmen, aber niemand bezweifelt, daß es nötig ist, diese zu schaffen, und es werden sich ganz gewiß in unserer sozial eingestellten Zeit auch die richtigen Persönlichkeiten finden, um dies zu tun. Es besteht keinerlei Berechtigung, anzunehmen, daß sich die öffentliche Meinung mit der Zeit nicht auch mit der Durchführung natürlich nicht gleicher, aber von ähnlichen Gedankengängen ausgehender Prinzipien für erwachsene Rechtsbrecher überzeugen ließe.

Die richtige Feststellung von Gruhle⁹⁾, daß dieser Ausbau der Jugendgerichte teilweise durch die Verbesserung der Vormundschaftsorganisation ersetzt werde, sagt nichts gegen das Prinzip, das uns hier auch für die Erwachsenen — mutandis mutatis — als durchführbar erscheint. Zivil- und Strafrecht haben doch den gemeinsamen Zweck der Ordnung unseres sozialen Lebens. Selbstverständlich wird auch der Ausbau der vormundschaftlichen Bestimmungen für die Erwachsenen und hauptsächlich deren Anwendung mit der Modernisierung der strafrechtlichen Bestimmungen und des Strafvollzugs Hand in Hand gehen müssen.

Es ist auch keineswegs anzunehmen, daß mit der Durchführung eines solchen biologischen Standpunktes im Strafrecht die Funktion des Richters herabgesetzt würde, ebensowenig wie dies bei dem modernen Jugendgericht der Fall ist. Die Aufgabe des Juristen wäre allerdings eine viel kompliziertere, indem er sich eben neben der bisherigen Feststellung des Tatbestandes in viel eingehenderer Weise mit der Persönlichkeit des Täters und den daraus zu ziehenden Konsequenzen zu befassen hätte. Dies würde verlangen, daß sowohl die staatsanwaltschaftlichen wie die richterlichen und Strafvollzugsfunktionäre eine gründliche Ausbildung in der medizinischen Psychologie und Psychopathologie erhalten würden. Dies zu ermöglichen, ist vor allem die Aufgabe des Psychiaters. Die Anfänge, die in dieser Richtung wohl an allen unseren Universitäten heute schon vorhanden sind, wären in systematischer und einheitlicher Weise auszubauen, und der erfolgreiche Besuch dieser Kurse wäre in die obligatorische Studienordnung der rechtswissenschaftlichen Fakultäten aufzunehmen. An diesem Punkte müßte natürlich schon in allernächster Zeit begonnen werden, wenn wir die nötige Basis für die Schaffung und Durchführung einer modernen Gesetzgebung schaffen wollen, auch wenn sie vielleicht erst in Jahrzehnten zur Wirklichkeit würde.

Zum Schluß sei noch folgendes zum speziellen Teil des Strafrechts bemerkt: Als Psychopathologen interessieren uns hier vor allem die das Sexualleben betreffenden Bestimmungen: die Tatbestände, die stets krankhaft motiviert sind und die keine soziale Bedeutung haben, wie die Sodomie, sollten hier überhaupt verschwinden. Den nämlichen Standpunkt dürften wir meines Erachtens auch vertreten gegenüber der Strafbarkeit des gleichgeschlechtlichen Ver-

⁹⁾ Handwörterbuch der medizinischen Psychologie, herausgegeben von Birnbaum, Leipzig, Thieme, 1930, S. 586.

kehrs, wenn es sich nicht um Verführung vor allem Jugendlicher, handelt, dagegen besteht auch heute noch — entgegen den Behauptungen von Magnus Hirschfeld und seiner Anhänger — die Auffassung zu recht, daß es eine psychische Infektiosität der Homosexualität, besonders in ihrer Wirkung auf Jugendliche, gibt, und daß die Gesellschaft die Pflicht hat, sich deshalb gegen die Verführung und gegen die öffentliche Propaganda für diese abnorme Erscheinung auch im Strafgesetz zu wehren.

Zusammenfassend seien folgende Punkte besonders betont, die mir praktisch aus dem Grenzgebiet zwischen Psychopathologie und Strafrecht jetzt am wichtigsten scheinen:

1. Für die Aufgaben einer weitsichtigen Kriminalpolitik sollten die psychopathologischen Gesichtspunkte noch weit mehr berücksichtigt werden, als dies heute der Fall ist.

2. Die im Wurf liegenden abgeänderten Strafgesetzbücher bringen in dieser Richtung zweifellos Fortschritte, die aber mit der Beibehaltung des alten Zurechnungsfähigkeitsbegriffes und der zeitlich stets fixierten Strafe uns trotzdem nicht befriedigen können; dagegen ist trotz der teilweise berechtigten, aber überwindbaren Einwände die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit in die neuen Gesetze zu begrüßen; nur muß durch eine Reform des veralteten Strafvollzuges die Möglichkeit von dessen Individualisierung geschaffen werden.

3. Der jetzige Strafvollzug schafft besonders bei Schwachsinnigen und Psychopathen neurotische Trotzeinstellungen, die das Gegenteil der erwünschten Besserung bewirken.

4. Der künftige Strafvollzug sollte getrennt werden zwischen dem für die verantwortlichen „Normalen“ und die teilweise verantwortlichen Grenzfälle geistiger Norm. Für erstere Gruppe hätte die Strafe als Abschreckung zu dienen unter Ersatz des Sühnebegriffes durch möglichste Einführung der Wiedergutmachung des gestifteten Schadens. Die erzieherische Wirkung der bedingten Verurteilung wäre noch weiter auszubauen. — Für die teilweise Verantwortlichen wäre neben anderen Maßnahmen (bedingte Verurteilung, Heilbehandlung usw.) die fristlose Strafe anzustreben, deren Vollzug in psychiatrisch differenzierten und beratenen Anstalten vom Gesichtspunkte der Besserung aus zu geschehen hätte, ebenfalls unter Berücksichtigung der Wiedergutmachung, soweit das angezeigt ist. Für die Unverbesserlichen käme die dauernde Verwahrung in sicheren Anstalten in Betracht, die aber human, ohne das Prinzip der Übelszufügung, einzurichten wären.

5. Der Sieg des Gedankens der Besserung und Zweckmäßigkeit unter Hintansetzung des Begriffs von Schuld und Sühne in den schon geltenden Jugendstrafgesetzen ist ein Beweis dafür, daß sich das nämliche Prinzip mit der Zeit auch im Strafrecht der Erwachsenen durchsetzen wird. Dies zu fördern ist unsere Aufgabe. Der Weg dazu ist die konsequente Erziehung der öffentlichen Meinung, die bessere Ausbildung der Juristen durch die Psychopathologen und die intensivere Zusammenarbeit dieser beiden Gruppen in Praxis und Forschung.

6. Die organisatorische nächste Aufgabe wird nach Annahme der neuen Strafgesetzentwürfe die Modernisierung des Strafvollzugs und dessen Individualisierung besonders für die vermindert Zurechnungsfähigen unter maßgebender Mitarbeit der Psychiater sein.

Das Kunstschaffen der Geisteskranken.

Beschäftigungsbehandlung und Kunstschaffen.

Von

Priv.-Doz. Dr. W. MORGENTHALER,
Bern.

Die Ausdrücke „Kunst“, „Künstler“ usw. im Hinblick auf die Produkte und das Schaffen Geisteskranker sind in der letzten Zeit etwas in Mißkredit geraten. Sicher läßt sich viel Gewichtiges dagegen anführen. Man erlaube mir aber doch, heute vom Kunstschaffen der Geisteskranken zu sprechen. Wir könnten Werturteile auf diesen Gebieten nie vollständig ausschalten. Wenn wir es allzu streng versuchen, so verfallen wir leicht in einseitig negative Bewertungen. Halten wir uns aber innerhalb von Grenzen, wie sie etwa Birnbaum¹⁾ gezogen hat, so dürfen wir nicht nur, wir müssen direkt bewerten. Zudem wird der Ausdruck „Kunst“ längst nicht mehr bloß als hohes Werturteil gebraucht. Man spricht auch da, wo rein vom Werk ausgegangen wird, von wenig hoher, minderwertiger, schlechter Kunst usw. Um so eher dürfen wir auch bei unvollkommenen Produkten von Kunst sprechen, wenn wir mit psychologischen

¹⁾ Birnbaum, Grundzüge der Kulturpsychopathologie, Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, H. 116, München 1924.

Fragestellungen hinter das Werk an das Kunstschaffen herantreten. In diesem psychologischen Sinne können wir doch wohl ruhig die „Kunst der Geisteskranken“ neben diejenige der Primitiven und die Kinderkunst stellen, ohne in einer Weise mißverstanden zu werden, wie dies vor einem Jahrzehnt in einseitig ästhetisch eingestellten Kreisen etwa noch der Fall gewesen ist.

Wir möchten heute einen ganz umschriebenen Fragenkomplex herausgreifen, nämlich das Verhältnis des Kunstschaffens, vor allem der bildnerischen Darstellung der Geisteskranken zu dem, was man „Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt“, „Neue Arbeitstherapie nach Simon“, „System Gütersloh“ usw. nennt. Von der Auseinandersetzung mit diesen Fragen und der Einstellung zu ihnen hängt ja die Frage der Existenzberechtigung der kunstähnlichen Betätigung der Geisteskranken überhaupt ab.

Bis vor kurzem nahm man an, daß Halluzinationen, Wahnideen, Stereotypien usw. nicht nur nicht beeinflussbar seien, sondern daß ein Herangehen auch an diese künstlichen, sekundären Erscheinungen direkt ein Kunstfehler sei. Dadurch kam eine Passivität und eine Duldsamkeit zustande, die so recht der Narrenfreiheit alle Zügel schießen ließ. Simon selber schildert drastisch die furchtbaren Zustände der unruhigen Abteilungen alten Stils.

In diese Passivität hat Simon nun etwas Neues, Aktiveres hineingetragen. Er nennt es eine Veränderung der Grundeinstellung zur Geisteskrankheit und zum Geisteskranken überhaupt, eine Änderung, die vor allem in einer Ablehnung des alten Satzes, daß Irre für ihr Tun und Lassen nicht verantwortlich seien, bestehe. Die Selbstverantwortung für das eigene Schicksal sei das höchste Gut des Lebewesens; von dieser gebe es auch für den kranken Menschen keine Ausnahme.

Einmal auf diesem Standpunkt, wurden dann die Sekundärsymptome systematisch bekämpft. Erbarmungslos wurden die Fasadaverzerrungen und -verunzierungen der Schizophrenie eine nach der andern heruntergeschlagen. Zum Erstaunen von vielen wurde darauf die Mehrzahl der vorher scheinbar absolut untraitablen Patienten ruhiger, fügsamer, ja gelehrig. Es ist nicht nötig, an dieser Stelle von neuem die Änderung im Aussehen der unruhigen Abteilungen, ja ganzer Anstalten, im einzelnen zu schildern. Auf eine mögliche Folgeerscheinung, die meines Wissens bis jetzt nicht erwähnt worden ist, möchte ich aber doch hinweisen: Dadurch, daß die Schizophrenie der ganzen Außenschicht ihrer Sekundärsymptome entkleidet wird, kann u. U. der primäre Grundprozeß besser

zum Vorschein kommen. Dadurch werden die Aussichten, diesem Grundprozeß näher zu kommen oder verschiedene Grundprozesse genauer zu erfassen und abzugrenzen, entschieden größer, als dies bisher der Fall gewesen ist.

Simon betont immer wieder, daß sein System nichts Neues sei, sondern nur die Fortsetzung der Arbeitstherapie alten Stils. Es ist aber kein Zufall, daß gerade heute dieses System sich derart rasch einbürgert. Ist doch die aktivere Krankenbehandlung nichts anderes als eine Parallelerscheinung mit Strömungen, die wir auf den verschiedensten Kulturgebieten vorfinden. Die Rationalisierung des Arbeitsprozesses, die Normierung der Gebrauchsgegenstände und Maschinen, das neue Bauen und die neue Sachlichkeit in der Kunst zeigen überall, wie versucht wird, mit neuen Einstellungen die Wirklichkeit zu meistern, wie man nüchtern und sachlich die alten Formen entweder auflöst oder für neue Zwecke benützt und wie neue Formen und Normen geschaffen werden, die dem einzelnen oft Verzicht auf liebe alte Gewohnheiten auferlegen, die aber dafür dem Ganzen und damit auch wieder dem einzelnen viel besser dienen. Das, was Simon will und teilweise zustande gebracht hat, ist nichts anderes als die Normierung des Geisteskranken, des Schizophrenen, — wenigstens seiner Außenseite.

Wie steht es nun dieser dominierenden Wichtigkeit der Arbeitstherapie gegenüber mit der Frage der künstlerischen Betätigung der Geisteskranken? Haben diese überhaupt noch eine Daseinsberechtigung? Simon selber macht damit kurzen Prozeß. Er erklärt, daß es einer vergangenen Zeit angehöre, daß man paranoisch eingestellte Kranke ihr Zimmer mit den Produkten ihres zerrütteten Geistes ausschmücken lasse. „Hierher gehört auch die Produktion schizophrener und paranoider „Kunstwerke“, für die man weder Material noch Gelegenheit und Zeit freigeben sollte.“ Das gleiche gelte auch für die Abfassung umfangreicher Querulantschriften²⁾.

²⁾ Simon, Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, Berlin u. Leipzig 1929, S. 18. — Es ist das die einzige mir bekannte Stelle, an der Simon zum Kunstschaffen der Geisteskranken Stellung nimmt. Die Auffassung, die er hier vertritt, ist ebenso radikal und fortiter in re wie viele andere seiner Forderungen. Aus seiner ganzen praktischen Art, aus ungemein weiten, toleranten Ansichten, die er an anderer Stelle vertreten hat und aus mündlichen Mitteilungen von Psychiatern, die ihn persönlich aufgesucht haben, glaube ich aber schließen zu können, daß Simon dem einzelnen Fall gegenüber milder ist, als seine prinzipielle Forderung scheinen könnte, daß er jedenfalls nicht wertvolle originelle Betätigungsmöglichkeiten unterdrückt, einfach, weil sie nicht ins Schema der Nutzarbeit oder der Vorbereitung auf sie passen.

Nach dieser Auffassung müßten wir also der künstlerischen Betätigung der Geisteskranken heute den Schwanengesang singen. Ich bin aber optimistisch genug, nicht nur für die schizophrenen Kunstprodukte, sondern für die lebendige Wechselwirkung zwischen Gesundem und Krankem überhaupt anzunehmen, daß trotz dem momentanen niedrigen Kurs noch lange kein Grund vorhanden ist, die ganze Richtung überhaupt aufzugeben. Die Gründe, die mich zu dieser Auffassung haben kommen lassen, sind recht verschiedenartig:

Zuerst einmal das Negative: Gegen das System Gütersloh sind, wie dies nicht anders zu erwarten war, sofort eine Reihe sehr gewichtiger Einwände erhoben worden. Eine Anzahl davon sind Stereotypen, wie sie gegen alles Neue, auch das Allerbeste, jeweilen sofort auftauchen. Andere ebenso Unsachliche gehen von interessierter oder falsch orientierter Seite aus. Vieles aus der Opposition aus Kreisen des Personals und der Gewerkschaften z. B. zeigt, wie voreingenommen auch Leute sein können, die sonst gutem Neuem nicht abgeneigt sind.

Andere Einwände und vor allem Warnungen sind aber meiner Ansicht nach nicht unangebracht. Bei aller Anerkennung der Tat von Simon und gerade, wenn man das Gute der neuen Arbeitstherapie bewahren und ausbauen will, muß man schon jetzt vor schematischen Anwendungen, Übertreibungen und Mißbräuchen warnen. Die stilvolle „friderizianische Straffheit des Drills“ (Kretschmer) hat sicher etwas Erfreuliches. Nur muß man eben bedenken, daß die Mehrzahl der Psychiater nicht Friederiche und nicht Simone sind. Es wäre leicht möglich, daß kleine Anstaltsgeister, die bisher passiv mit süßlicher Ergebenheit und der Faust in der Tasche über die Abteilungen gegangen sind, ihr Ressentiment nun in einer Weise auf den Ton von väterlicher Strenge umstellen, die zu schweren Bedenken Anlaß geben müßte. Sie wissen alle, in welcher verhängnisvoller Weise man noch vor hundert Jahren momentane äußere Erfolge mit Besserungen und Heilungen verwechselt hat: Wenn der Patient nach einer Tracht Prügel, nach Untertauchen in Wasser oder auf noch viel ärgere Quälereien momentan ruhig wurde, so hat man befriedigt den „Erfolg“ konstatiert. Bereits wird da und dort wieder mit Brechmitteln operiert, nicht wie vor einem Jahrhundert mit Tartarus, sondern mit Apomorphin. Einmal damit angefangen, können leicht andere Straf- und Quälmittel folgen. Man kann sich nichts Furchtbareres denken, als daß gewisse Aggressionen sich von neuem derart mit den Mäntelchen der Humanität und des Wohlwollens verhüllen würden, um sich dann um so ungehemmter

gerade an denjenigen auslassen zu können, die sich am wenigsten wehren können.

Alles das wäre natürlich ohne weiteres auf sich zu nehmen, wenn durch solche Mittel und durch keine andern Schizophrenie wirklich zu heilen wäre. Aber auch von den eifrigsten Anhängern der neuen Arbeitstherapie ist bisher nie behauptet worden, daß auf diese Weise nun auch der schizophrene Grundprozeß erfaßt werden könne.

Wenn es aber richtig ist, daß die Sekundärsymptome oder wenigstens ein großer Teil davon Reaktionen auf Außeneinflüsse der Umgebung und der Kultur überhaupt sind, dann müssen wir darauf gefaßt sein, daß die Schizophrenie auf die neue Arbeitstherapie mit einem neuen Fluchtversuch vor der Wirklichkeit antworten wird. Sie wird sich auf ein Gebiet zurückziehen, auf dem wir ihr weder durch Arbeitstherapie noch durch Apomorphin werden beikommen können. Welches diese Freistatt sein wird, können wir heute noch nicht sagen. Ob der Schizophrene sich gegen den Einbruch der Wirklichkeit einfach durch vermehrte Introversion bei äußerlichem Mitgehen, durch Mobilisierung der äußeren Schichten bei um so stärkerer Abriegelung in der Tiefe, durch Flucht in Demenz oder Pseudodemenz, in Mystizismus usw. zu schützen versuchen wird, wissen wir heute noch nicht.

Und nun das Positive: Wenn wir uns zunächst über den gegenwärtigen Stand der Frage des Kunstschaffens Geisteskranker Rechenschaft geben wollen, so müssen wir ausgehen von dem großen Querschnitt, den uns Prinzhorn gegeben hat. Prinzhorn hat nicht nur in Deutschland und verschiedenen umliegenden Ländern ein großes Material gesammelt, so daß die psychiatrische Klinik Heidelberg wohl die umfassendste Sammlung von Bildnereien von Geisteskranken, vor allem von Schizophrenen, besitzt. Er hat das ganze Material auch eben so großzügig wie formvollendet nach den verschiedensten Gesichtspunkten bearbeitet³⁾.

Es wäre reizvoll, würde aber zu weit führen, sich an dieser Stelle mit dem Werk gründlicher auseinanderzusetzen. Hier nur so viel: Die Einstellung und die Bearbeitung sind stark zeitgebunden; mit ausgezeichneter Witterung hat der Autor die herrschenden geistigen Strömungen erfaßt. Heute sind in dieser Beziehung aber bereits deutliche Verschiebungen nach verschiedenen Richtungen hin

³⁾ Prinzhorn, Bildnerei der Geisteskranken. Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung, Berlin 1922.

eingetreten. So ist, um nur drei Punkte zu erwähnen, die stark expressionistische Welle, während der das Werk entstanden ist und deren Spuren es trägt, bereits stark abgeebbt und hat andern, äußerlich teilweise ganz andersartigen, Richtungen (neue Sachlichkeit usw.) Platz gemacht. Zweitens ist seit der Entstehung des Werkes die Einstellung zu den Geisteskrankheiten, vor allem zur Schizophrenie, eine andere geworden, eben durch die Simonsche Arbeitstherapie. Und drittens endlich scheint mir auch der Standpunkt des Verfassers selber eine Entwicklung durchgemacht zu haben, indem in späteren Werken, vor allem in seiner „Psychotherapie“⁴⁾, neben den hohen formalen Qualitäten etwas Lebendigeres, Ursprünglicheres mehr zur Geltung zu kommen scheint. Wie dem aber auch sei, die „Bildnerei“ wird ihren Wert als großes und umfassend bearbeitetes Sammelwerk auch dann behalten, wenn die Zeitströmungen noch weit andersartiger werden sollten, als dies gegenwärtig der Fall ist.

In den seither verflossenen acht Jahren sind nun wieder eine ganze Anzahl nennenswerter Arbeiten erschienen, von denen allerdings keine auch nur annähernd die Bedeutung von Prinzorns Bildnerei erreicht hat. Über das ganze Gebiet von Psychopathologie und Kunst finde ich 55 Arbeiten, davon die Hälfte (27) über das Kunstschaffen Geisteskranker. Mehrere bringen wertvolles neues Beobachtungsmaterial (César, Ernst, Janota, Kreyenberg, Künzel, Maschmeyer, Pfeifer, Prince, Vidoni, Weygandt), oder experimentelle Ergebnisse (Christoffel u. Großmann, Simson). Von den vier Pathographien beschäftigen sich nicht weniger als drei mit van Gogh (Evensen, Jaspers u. Riese, außerdem Jaspers über Strindberg und Lenzberg über Friedrich Hebbel). Weitaus die größte Zahl der Arbeiten beschäftigt sich mit dem Künstler, dem Gestaltungsvorgang oder dem Werk im Hinblick auf die verschiedenen psychopathologischen und psychiatrischen Fragestellungen (Böhmig, Décsi, Forster, Gordon, Kronfeld, Lafora, Lange, Luquet, Mandolini, Popova, Prinzhorn, Sachs, Sterz usw.). Unter den Psychoanalytikern sind außer Freud selber zu nennen Bodkin, Bychowsky, Jones und Reik.

Ein neuer Impuls, der unter Umständen gerade für unsere Fragestellung äußerst fruchtbar werden kann, geht aus von der Psychotherapie, vor allem aus dem Kreis um C. G. Jung.

⁴⁾ Prinzhorn, Psychotherapie, Voraussetzungen, Wesen, Grenzen. Leipzig 1929.

Paneth⁵⁾ hat am III. Kongreß für Psychotherapie in Baden-Baden eine Methode dargelegt, nach der der Patient aufgefordert wird, von einer entspannten analytischen Grundeinstellung aus ohne jede bewußte Absicht mit Farbstiften zu zeichnen. Dabei kommen im Anfang bald planlose Kritzeleien, bald konventionelle Darstellungen zustande. Bald, oft schon nach der ersten Stunde, breche dann eine durchaus persönliche Note hervor, welche den Produktionen ein und desselben Menschen nun unverbrüchlich anhaften bleibe. Es handelt sich also um eine Art idealisierte Graphologie, bei der aber die Bindung an die Form von Schriftzeichen fortfällt und andererseits das Farbige hinzutritt. Dadurch könne in noch höherem Maße als bei der gewöhnlichen Graphologie nicht nur auf die bleibende psychische Konstitution (Charakter), sondern auch auf die Kondition (momentane Zustände) geschlossen werden. Die spezifischen Vorteile der Methode seien: 1. Daß auch Menschen, die verbal schwer assoziieren, nach dieser Methode oft überraschend schnell und fruchtbar reagierten, 2. daß die neue Methode über Stockungen der Verbalanalyse hinweghelfe, 3. daß die oft schamlose Eindeutigkeit der Wortanalyse vermieden werde, 4. daß eine ausgesprochene Überdeterminierung vorhanden und dadurch eine mehrfache Deutung des gleichen Gebildes in verschiedenen Tiefenschichten möglich sei, 5. daß die Deutung auch nachträglich von verschiedenen Personen vorgenommen werden könne, 6. daß Unechtheit und Verstellung viel weniger möglich seien, als in der gewöhnlichen Sprache, 7. daß immer wieder Querschnitte und Kontrollen möglich seien, und 8., daß diese Methode in vielen Fällen eine erhebliche Abkürzung der Behandlungsdauer erlaube.

Neben dieser analytischen Seite seien die synthetischen Wirkungen besonders wichtig und segensreich. Sie begründeten sich vor allem auf die Freude an der Gestaltung und auf das besonders für schwer gehemmte und Zwangstypen ganz neuartige Selbsterlebnis. Es werden dadurch in ihnen Kräfte wirksam, von denen sie bisher nichts geahnt haben. Dadurch komme eine richtige Erlösung durch Gestaltung zustande. Wichtig ist es, daß die Methode durch Mangel an zeichnerischer Begabung nicht begrenzt ist. „Im Gegenteil: je zeichnerisch unbeholfener und ungeübter ein Patient, desto größer ist zwar manchmal der Anfangswiderstand, desto schneller aber kommt man über das Studium des Konventionellen und Unbewußten zu den echten Produktionen des unbewußten Seelenlebens“.

Diese Methode wurde dann von Heyer⁶⁾ weiter ausgebaut: Der erste Teil seiner Zeichnungskur besteht ebenfalls in einer Analyse, einem Bewußtmachen der unbewußten Kräfte, einer „Entzauberung“. Ebenso richtet er im zweiten Teil das Augenmerk vor allem auf die Synthese, die Gestaltung, wobei immer mehr ein irrationales, supralogisches Moment zur Geltung komme. Die bei der analytischen Aufschließung und Erschütterung in Bewegung gesetzten

⁵⁾ L. Paneth, Über eine analytisch-synthetische Methode der Psychotherapie. (Bericht über den III. allgemeinen ärztl. Kongreß für Psychotherapie 1928. Leipzig 1929.)

⁶⁾ G. R. Heyer, Klinische Analyse von Handzeichnungen Analysierter, im Sinne von Jung. Bericht über den IV. allgemeinen ärztl. Kongreß für Psychotherapie 1929. Leipzig 1929.

Kräfte müßten sich in fruchtbarer Gestaltung betätigen und bewahren können. Das praktische Leben ermögliche dies vielfach nicht, vor allem nicht so rasch. Auch H e y e r betont, wie das Zeichnen viel erlebnisnäher sei, als das Wort, ähnlich wie die Rhythmik. Durch solches Zeichnen könnten tiefste seelische Schichten offenbart werden, die dem Wort nicht mehr erreichbar seien. Von vielen erfahre man überhaupt nur, wenn es sich als „Seelenfarbe“ und „Seelengestaltung“ in der Zeichnung direkt ans Licht wage. Auf der synthetischen Seite aber heiße Zeichnen nicht nur Erlebnisse mitteilen, sondern zugleich noch die produktiven Keime der Persönlichkeit zu schöpferischem Leben erwecken und fruchtbarer Arbeit zuführen.

Diese ungemein interessanten und vielversprechenden Erfahrungen sind nun aber, wie es scheint, am Sprechstundenmaterial des Psychotherapeuten, also vorwiegend an Neurosen, gemacht. Die Frage wird nun sofort lauten: Was haben diese Dinge überhaupt mit Psychosen, vor allem mit Schizophrenie zu tun? Sicherlich lassen sie sich nicht ohne weiteres auf Anstaltspatienten und auf Anstaltsbetriebe übertragen. Andererseits aber ist es sicher, daß diese und ähnliche Methoden des Zeichnens, Malens und der Gestaltung, richtig angepaßt und ausgebaut, gerade für bestimmte Schizophrene — selbstverständlich lange nicht für alle, aber unter Umständen gerade für solche, die durch nichts anderes zum Reagieren zu bringen sind — fruchtbar gemacht werden können. Ich habe selber während meiner Anstaltspraxis einzelne ganz überraschende Fälle in dieser Beziehung erlebt, denen allerdings leider damals noch nicht die ihnen zukommende prinzipielle Bedeutung zugemessen und an die vor allem nicht richtig methodisch herangegangen worden war. Ich kann mir aber leicht vorstellen, wie nicht nur Ärzte, die dafür Sinn haben, sich solche Methoden schaffen und ausbauen können, sondern wie auch ein Hilfspersonal von einzelnen intelligenten Pflegern und Pflegerinnen herangebildet werden kann. Ein systematischer Ausbau von Zeichnungskursen kann in der Anstalt eine große Bedeutung erhalten nach den verschiedensten Richtungen; die hauptsächlichsten sind:

1. Zeichnen als Analyse. Wer Zeichnerisches und Bildnerisches überhaupt zu lesen und zu deuten versteht, der wird sich oft auch aus unscheinbaren Kritzeleien, oft gerade aus solchen, Einblicke in die psychische Struktur des Schizophrenen verschaffen können, wie sie auf keine andere Weise erhältlich sind.
2. Zeichnen als Vorstufe für die Arbeitstherapie. Wie bereits angedeutet, können einzelne Gehemmte, vor allem Sprachgehemmte, durch Kritzeln und Zeichnen mehr als durch etwas anderes angeregt und in Bewegung gesetzt werden. Von da aus

kann dann später der Übergang zur Arbeitstherapie im engeren Sinne gesucht werden.

3. Viel umstrittener als das Bisherige wird wohl die Frage nach dem Zeichnen und der Bildnerei als einem Teil der Arbeitstherapie sein. Wir verstehen halt eben unter Arbeit auch heute noch in erster Linie etwas, das einen unmittelbaren äußeren Erfolg, einen praktischen Zweck hat, etwas „Nützliches“ schafft, etwas einbringt. Auch die Arbeitstherapie ist derart praktisch zielstrebig eingestellt. Ich glaube aber doch, daß es möglich sein sollte, daß durch — allerdings speziell veranlagte — Ärzte und Pflegepersonen die bildnerischen und gestaltenden Kräfte einzelner Kranker der Anstalt dienstbar gemacht werden zur Ausschmückung der Räume, Gestaltung der Ziergärten usw. Unter Umständen könnten wohl auch Kräfte der freien Gestaltung immer mehr nicht nur in angewandte Kunst, sondern auch in Produktivität auf anderen Gebieten, Gestaltung von Ideen, Organisation im Persönlichen usw. übergeführt werden.
4. Noch umstrittener wird die Frage sein, ob Zeichnen und Bildnerei der Geisteskranken überhaupt je als Kunst bewertet werden dürfen. In dieser Beziehung ist natürlich Vorsicht angezeigt. Das meiste, was Psychotische produzieren, ist Abwegiges, Spielerei, die nur durch die Sensationslust des Publikums eine größere Bedeutung erhält. Immerhin darf auch in dieser Beziehung das Kind nicht mit dem Bade ausgeschüttet werden. Es ist nicht nur nicht ausgeschlossen, daß auch ausgesprochen Geisteskranke neben ihrer Krankheit oder sogar infolge derselben (indem das Kranke als Enthemmung wirkt) künstlerisch Wertvolles schaffen können. Prinz horns Bildnerei bringt einzelne überzeugende Beispiele dafür. Bis vor kurzem stand das große Publikum und vor allem auch der Geisteswissenschaftler dem Problem des seelisch Krankhaften derart unfrei gegenüber, daß es unmöglich war, produktive Äußerungen seelisch Abnormer unvoreingenommen zu bewerten. Wenn van Gogh nicht vor seiner Krankheit anerkannt und berühmt gewesen sein würde, oder wenn wir gar von seinen präpsychotischen Werken nichts gewußt hätten, so wären die Bilder, die er dann während seines Anstaltsaufenthaltes gemalt hat, wohl kaum von einer krassen Unterbewertung verschont geblieben, rein deswegen, weil es ein Kranker gewesen war, der sie gemalt hat. Wenn wir einmal gelernt haben werden, in dieser Beziehung noch unbefangener zu sein, so werden wir wahrscheinlich, ohne krankhaftes überzubewerten oder gar

mit ihm Kult zu treiben, dazu kommen, im Psychotischen noch da und dort auch in künstlerischer Beziehung Wertvolles zu finden, das wir bisher übersehen haben.

5. Von viel größerer Bedeutung als für die Kunst selber ist das bildnerische Schaffen des Geisteskranken für die Kunstwissenschaft⁷⁾. Die Natur macht beim Kranken oft Experimente, durch die Grundstrukturen bloßgelegt werden, die wir beim Studium des Normalen niemals mit dieser Deutlichkeit sehen können. Mit der nötigen Vorsicht angewandt, kann das Studium des Pathologischen für die Kunstwissenschaft, vor allem für die Kunstpsychologie, ungemein fruchtbringend werden. Die Erkenntnis von der Notwendigkeit einer biologischen Grundlegung der Kunstwissenschaft und vieler anderer Geisteswissenschaften gewinnt in letzter Zeit immer mehr an Boden.

Welches ist nun die richtige Einstellung zur Simonschen Forderung von der Bekämpfung und Abschaffung der zeichnerischen und bildnerischen Neigungen der Geisteskranken? Handelt es sich dabei wirklich bloß um einfache Sekundärererscheinungen und Wucherungen auf der Oberfläche? Wenn dies der Fall wäre, so wäre es wohl besser, wenn die Bildnerie der Kranken so rasch als möglich vollständig verschwinden würde; in diesem Falle müßten auch wir, die wir bisher auf diesen Gebieten gearbeitet haben, das Opfer bringen und an der Bekämpfung mithelfen.

Ich glaube aber schon mit dem Wenigen, das ich hier habe darlegen können, gezeigt zu haben, daß dem doch nicht ganz so ist, sondern daß im Gegenteil die bildnerischen Gestaltungskräfte nicht nur beim Gesunden, sondern auch beim Kranken etwas ungemein Wichtiges sind, etwas, das aus den tiefsten Schichten der Persönlichkeit emporsteigen kann, jedenfalls etwas, das es gilt zu bewahren und zu entwickeln. Ist es doch leicht möglich, daß wir schon in der nächsten Zeit entweder die angedeuteten Wege werden weiter verfolgen und ausbauen, oder neue werden finden können, um die Gestaltung und das Kunstschaffen auch beim Geisteskranken auf neuer Grundlage fruchtbar zu machen.

⁷⁾ Morgenthaler, Ein Geisteskranker als Künstler. Bern und Leipzig 1921.

Die Bedeutung von Klages für die Psychopathologie.

Von

Dr. med. et phil. HANS PRINZHORN

Frankfurt a. M.

I.

Besser, als man erwarten konnte, paßt das, was ich zu meinem Thema zu sagen habe, in die Umgebung der auf diesem Kongreß gehaltenen Vorträge. Denn es hat sich unverkennbar eine gemeinsame Grundtendenz in den Ausführungen der meisten Redner gezeigt: nicht mehr hat man wie früher „die Psychopathologie“ personifiziert als eine Art von autonomer Wissenschaft, die festliegende Aufgaben mit ebenfalls in der Hauptsache festgelegten Methoden zu bearbeiten habe; sondern in höchst erfreulicher Weise waren die meisten Ausführungen aufgelockert von wohlbegründeter Skepsis gegen die herkömmlichen Fixierungen der Forschungs- und Denkaufgaben unserer faszinierenden Zwitter-Wissenschaft. Aus dem Heer der Begriffe, mittels deren man versucht, sprachlich jener Erscheinungen habhaft zu werden, zu deren Beurteilung wir den Sondermaßstab des „Psychopathologischen“ anwenden, sind zwei gegen früher entschieden in den Vordergrund gerückt, nämlich „Person“ (nebst „Charakter“ und den sprachlichen Ableitungsformen beider Worte) und „Ausdruck“ — dieses Wort in dem Sinne, daß die körperliche Erscheinung samt dem Gebaren der Individuen eine überaus wichtige Quelle psychologischer Erkenntnis sei. Nichts anderes aber wollte ich hier noch einmal zusammenhängend darstellen als die inzwischen schon beinahe historische Leistung von Klages, daß er durch solideste Begründung zweier neuer Sonderwissenschaften unter anderem auch der Psychopathologie neue Wege eröffnet hat: durch seine Charakterkunde und seine Ausdruckslehre. Gewiß ist es gewagt, ein so breites Thema in weniger als einer Stunde zu behandeln. Aber es gewährt in diesem Kreise eine große Erleichterung, daß allen Anwesenden die Hauptsachverhalte einigermaßen vertraut sind, wenn sie auch sehr verschiedenen Gebrauch von ihrer Sachkenntnis zu machen pflegen. Um von vornherein meine persönliche Überzeugung, mit der ich seit 10 Jahren soviel Ärgernis erregen mußte, noch einmal klar herauszustellen: die Einheitlichkeit, die Tiefe des Ansatzes und die praktische Reichweite des von Klages ausgebauten Systems einer Psychologie der Persönlichkeit erscheint mir als ein

singulärer Glücksfall schöpferischen Denkens, der bis heute alle übrigen ähnlich gerichteten Bemühungen in den Schatten stellt. Seine „Wirklichkeitslehre vom Menschen“, wie man vielleicht noch besser sagt, bietet in der Tat eine vollständige „philosophische Anthropologie“. Deshalb verblassen die nicht wenigen seither gemachten Versuche, unter diesem altherwürdigen Titel die Fülle unseres Einzelwissens vom Menschen systematisch zu ordnen. Am ehesten wäre noch der Torso der philosophischen Anthropologie von Scheler mit dem Werke von Klages vergleichbar, wobei man freilich alsbald feststellen müßte, wieviel flutender im Begrifflichen und ärmer in der Anschauung Schelers überaus beweglicher Geist war. Gerade in der Vereinigung von festem Begriffsgerüst und freiem Spielraum für die anschaulichen Erscheinungen der Wirklichkeit, die stets reicher sind, als unsere geistigen Formen, erblicke ich die Überlegenheit des Werkes von Klages. Was sich außerdem, meist mit der Gebärde der Selbstherrlichkeit, als „philosophische Anthropologie“ hervorgewagt hat, kommt mir daneben ungefähr so vor, wie wenn jemand auf dem Stephansplatze auf eigene Faust ein gotisches Haus baute, um einem angeblich dringenden Bedürfnis nach echter Gotik abzuhelpfen.

II.

Was ist in der Psychopathologie seit 30 Jahren geschehen an wichtigen Umstellungen, oder welche Denkmotive haben so befruchtend gewirkt, daß man auch außerhalb der Fachpsychiatrie davon Kenntnis nehmen muß? Diese Vorfrage läßt sich an dieser Stelle nur streifen. Man würde etwa gruppieren können:

1. In der Klinik: Klärung und Abgrenzung der somatischen Befunde (samt kausaler Deutung); ferner ausgiebige (im Ergebnis zu größerer Bescheidenheit als früher zwingende) Diskussion der Problematik „hie Krankheits-Einheit — hie Symptomen-Komplex“. Von stärkerem Allgemeininteresse ist der Wettkampf zweier Beschreibungsmethoden für den Tatbestand „kranker Mensch“, nämlich der impressionistischen (Kraepelin, Kretschmer, Gruhle u. a.) und der systematisch deutenden (von Bleuler und Jung mit Hilfe der psychoanalytischen Begriffe Freuds begründet). Und schließlich die Bemühungen um erbbiologische Formkreise, letzten Endes um die begriffliche Legitimierung von „Erbeinheiten“.

2. Außerklinisch ist das wissenschaftlich Wichtigere geschehen. Drei in der Hauptsache neue Tendenzen heben sich klar aus der ungemein regen Problematik ab:

a) **Freuds Psychoanalyse** als eine Methode der Symptomdeutung vom Inhalt her, mittels systematischer Zurtückführung des gesamten Reichtums der individuellen Erscheinungen auf die Trieb-
schicht; methodologisch definiert: eine logische Konstruktion der Lebenswirklichkeit unter dem Kausalprinzip. — Dazu kommt die therapeutische Ideologie der Persönlichkeitswandlung, am besten sichtbar in der grotesken Übersteigerung, die ihr Adler gegeben hat.

b) Die **phänomenologische Reinigung** der in der Psychopathologie üblichen populären und größtenteils unscharfen oder durch Übertonalisierung entleerten, oder von vornherein falsch gebildeten Begriffe — eine vorwiegend logische und erkenntnistheoretische Bemühung. Hinter solchem Reinigungsverfahren standen jedoch mannigfache Menschenbilder oder Weltanschauungen, die ihren Trägern die gegenseitige Verständigung unmöglich machten. Meistens geschah die Reinigung im Namen von Husserl (Jaspers, Binswanger, Schilder u. a.).

c) Die neue Sicht auf die seelischen Tatbestände: Charakter, Ausdruckserscheinung, Aufbau der Persönlichkeit. Der erste Hinweis auf das ganze Problemgebiet als eine noch nicht recht erschlossene Fundgrube künftiger Erkenntnis geschah 1913 durch Jaspers in seiner „Psychopathologie“, und zwar in einigen Hauptpunkten unter dem Einfluß von Klages. Leider legt das Buch soviel Gewicht auf höchst abstrakte Unterscheidungen, daß es ihm schließlich an Kraft gebricht zur Entscheidung über leitende Grundbegriffe, und so bleibt es etwas zu sehr im Kritischen und Methodologischen stecken, obschon es mit kluger Umsicht alle wirklichen Probleme berührt. —

Der folgende Annäherungsversuch an eine Psychologie der Persönlichkeit findet sich in der „Psychotherapie“ von J. H. Schultz 1919. Von W. Stern und Klages erhofft sich Schultz damals in erster Linie die dringlich notwendige Klärung der Grundbegriffe. — K. Schneider erklärt in seinen „Psychopathischen Persönlichkeiten“ 1923 nach eingehender Diskussion der Charakterlehre von Klages seine Resignation; Kretschmer vermeidet die Berührung mit einer Psychologie, die ihm persönlich nichts nützen kann, während Kehrner und Ewald 1924 die große Bedeutung von Klages betonen und Hoffmann im „Problem des Charakteraufbaues“ 1926 ein ausführliches Referat bringt und zögernd den überragenden Rang dieser Lehre vor anderen anerkennt. Fruchtbar wird die Anschauungsweise von Klages zum erstenmal in der reifen „Psychopathologie des Kindesalters“ von Homburger 1926,

während sie den „Psychoneurosen“ von Unger und dem „Neurosenproblem“ von Leyser 1927 noch etwas unorganisch eingefügt ist. Im gleichen Jahre bot ich in meinen gesammelten Abhandlungen (1922—27) „Um die Persönlichkeit“ eine Reihe von Zugängen zum Werke von Klages und versuchte, es kritisch abzugrenzen gegen einige inzwischen rasch aufgeschossene Ordnungsversuche anderer Art im Gebiet der Persönlichkeitsforschung“. 1928 veröffentlichte C. Haeblerlin seine „Ärztliche Seelenkunde“, die einen Ausgleich zwischen Freud und Klages anstrebte, v. Bergmann schloß seine Berliner Antrittsrede mit einem Hinweis auf ihn, Hansen nannte in seinem Referat über seelische Beeinflussung körperlicher Vorgänge (auf der Hamburger Naturforscher-Versammlung) die Lehre von Klages die einzige, die ein Verständnis jener Tatsachen ermöglichte.

Meine „Psychotherapie. Voraussetzungen, Wesen, Grenzen“ 1929 wagt endlich den längst vorbereiteten Schritt: für die verlässlichen Erfahrungen auf dem Gebiete der Leib-Seele-Einheit mit Hilfe der von Klages angelegten „Wirklichkeitslehre vom Menschen“ neue Denkformen für die biologischen Sachverhalte zu gewinnen, wodurch sich ungezwungen das Fehlschlagen der utopischen Hoffnungen erklärt, die man von gewissen Seiten auf die Psychotherapie gesetzt hatte. Der Zweifrontenkampf, der zu solchem Vorhaben unerläßlich ist, hat bislang über die damit erreichte neue Position in Sachen der Psychotherapie noch keine ernsthafte Diskussion aufkommen lassen. — Schließlich hat Hansen 1930 in der „Neuen deutschen Klinik“ der seit 1910 vorliegenden Hysterielehre von Klages endlich Gerechtigkeit getan, indem er sie als ganz gleich wichtig und aufschlußreich den beiden von Kraepelin-Kretschmer und von Freud ausgebauten Aspekte an die Seite stellt. Von den Einzelstudien im Anschluß an Klages, die sich in der psychiatrischen Literatur der letzten Jahre mehren, sei nur auf eine hingewiesen, die wegen ihres geglückten Ansatzes an der tiefsten Stelle des Systems bemerkenswert ist: F. S. Rothschild „Über Links und Rechts“ in der Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 124.

Neben der soeben skizzierten Reihe von Forschern, die sich mit dem geschlossensten System der Persönlichkeitspsychologie, das wir besitzen, offen auseinandersetzen, gibt es eine zweite Reihe von solchen, die aus verschiedenen hier nicht zu erörternden Gründen das Vorhandensein von Klages ignorieren, wenn sie von dem Problemkreis „Persönlichkeit“ reden: Freud und die Mehrzahl der Psychoanalytiker, F. Kraus, Kronfeld, E. Straus, Bins-

wanger, Birnbaum, Schwarz, Allers u. a. Sie weichen in ihrer Vogel-Strauß-Politik nicht ab von der Mehrzahl der Psychologen und Philosophen, die sich in der gleichen Taktik gegen Klages bis in die letzte Zeit gefielen. Man soll dieses Kapitel aus der Psychologie der Forscher nicht vergessen.

Als Ergebnis unserer kurzen Umschau buchen wir: das steigende Interesse an den Problemen des Persönlichkeits-Aufbaues, die von Klages seit vor 1900 programmatisch als die Zentralprobleme der Psychologie bearbeitet worden sind, erzeugt wohl die nachhaltigste Wandlung in den psychopathologischen Fragestellungen, zumal wenn die psychoanalytische Problementwicklung sich damit trifft, also seit Freuds Schrift „Das Ich und das Es“ 1923. Die hervorstechendsten Züge dieser Wandlung sind: die Frage nach den Krankheits-Einheiten tritt in den Hintergrund, hingegen rücken alle Fragen, die den Persönlichkeits-Aufbau, seine Spielarten beim „gesunden“ und beim „kranken“ Individuum, dessen Innenwelt und Umwelt, Reaktionsformen u. s. f. betreffen, in den Vordergrund. Unter anderem geht auch die Diskussion über die Begriffe organisch-funktionell-psychogen viel intimer auf den Einzelfall ein als früher. Ein neues Ziel tritt klar hervor: man möchte so unbefangen wie möglich die lebendige Wirklichkeit des Individuums erfassen, jedenfalls sich aber von der Zwangsherrschaft jener Denkschemen befreien, die das Beobachtungsfeld einengten und dem Forscher dogmatisch eine Richtung vorschrieben. Genau dies ist das Programm der Psychologie von Klages, das jedoch längst aus dem Stande der Wunschphantasie in den der Leistung übergegangen war, als die geschilderte Wandlung in der Psychopathologie einsetzte.

III.

Die Geschichte des Wortes „Charakterologie“ als Fachbezeichnung für eine bestimmte Art von Seelenkunde könnte den schon skizzierten Gang der Entwicklung drastisch illustrieren; das von Bahnsen 1867 für sein System eingeführte, 1900—1920 fast nur von Klages (und wiederum systematisch) verwendete Wort, das den meisten Ohren unvertraut klang, ist etwa seit 1923 Mode geworden und wird heute oft genug ohne Notwendigkeit beliebigen biologischen, soziologischen u. ä. Sachverhalten angehängt. Nicht viel anders steht es mit dem seit Darwin landläufigen Begriff des „Ausdrucks“.

Sachkundige Erörterungen beider Begriffe finden sich in neuerer Zeit außer in meinen eigenen Arbeiten bei K. Groos, W. Stern,

bis zu einem gewissen Grade bei Pleßner und Buytendijk, besonders gründlich bei Seifert: „Charakterologie“ 1929.

Wenn es wahr ist, daß wesentliche, über den Rahmen eines Spezialfaches hinaus wichtige Erkenntnisse (nicht logische Denkleistungen!) sich knapp und unmißverständlich andeuten lassen müssen, so ist es leicht, dies Symptom für das Werk von Klages in Anspruch zu nehmen. Ein einziger Schlüsselsatz öffnet die meisten Tore: „das Bild des Leibes ist die Erscheinung der Seele, die Seele der Sinn des lebendigen Leibes.“ Von den geistesgeschichtlichen Folgen dieses Ansatzes einer Psychologie sei nur eine einzige hervorgehoben, weil sie eine der hemmendsten Barrikaden wegräumt, die reifer anthropologischer Denkweise im Wege stehen: der Satz bedeutet die endgültige Beseitigung der längst leer gewordenen Begriffssysteme des psychophysischen Parallelismus wie auch der Wechselwirkung. Mit ihm ist die Bahn zu einer Biologie der Person freigelegt. Die Fesseln eines ausschließlich vom Kausalbegriff faszinierten Denkens sind gesprengt; es beginnt das Bild einer Wirklichkeit wieder sichtbar zu werden, wie sie Goethe und die tiefsten Romantiker noch gekannt haben.

Hier handelt es sich um eine geistesgeschichtliche Wendung, die niemand mitmachen kann, der noch in Kantischen Kategorien denkt, weil er darin erzogen worden ist und sich ohne sie intellektuell verloren vorkäme. Nach meinen Erfahrungen scheint es für einen Kantianer sogar fast unmöglich zu sein, überhaupt nur den einfachen Sachverhalt zu erkennen, daß im Denken von Klages die Wendung sich längst vollzogen hatte, die man in der Universitätswissenschaft immer dringlicher als wünschenswert bezeichnet. Der schulmäßige Denker versteht tatsächlich meistens nur noch den gewohnten Wortsinn (den er sich in der Art eines bedingten Reflexes adressiert hat, würde man in der Sprache des Behaviorismus sagen) — und befindet sich dadurch gleichsam in einem Refraktärstadium für alle Sachverhalte, die in seinem Dressat nicht vorkommen. Da nun Klages nicht mit dem zielbewußten Umdressieren von Professorenhirnen begonnen hat, wie es der ehrgeizige Privatdozent mit einiger Begabung tun muß, sondern erst die eigene Leistung hinausgestellt und dann im Verlaufe des systematischen Ausbaus nebenher Ansätze zu kritischer Diskussion geboten hat, so liegt die Epoche seines Werkes, die dem Fachgelehrten am meisten zu schaffen machen muß, noch vor uns: die „Auseinandersetzung“ mit denen, die in der gleichen Sache etwas Eigenes zu sagen haben, und die sind bisher sehr dünn gesät. An zwei methodologisch gegensätzlichen Be-

griffen werden wir am raschesten klar machen, was vorgeht oder vielmehr schon geschehen ist.

Die Wendung von einem logozentrisch geordneten Weltbild zu einem biozentrisch geordneten — das wäre die weiteste, aber am tiefsten reichende Formel — bedeutet: neben der Kausalforschung wird im Rahmen eines biozentrischen Weltbildes als gleichberechtigt und sogar wesenswichtiger Erscheinungsforschung getrieben. Die Erfassung und richtige Handhabung des mit diesem Begriffspaar gemeinten Gegensatzes vermag mehr zur Klärung unserer Seelenkunde beizutragen als alle methodologischen Vorerrwägungen, die dem Wissenden gerade durch die Scheingebärde der Bescheidenheit meistens nur verraten, daß der Verfasser — zur Sache selbst nichts Wichtiges zu sagen hat. Unter anderem beruhen die ermüdend fruchtlosen Diskussionen über den dünnen Begriff des „Verstehens“ auf mangelnder Einsicht in die zwei Grundfunktionen des Denkens, die mit dem Gegensatz von Kausal- und Erscheinungsforschung unterschieden werden. Klages hat sie inzwischen in seinem philosophischen Hauptwerk „Der Geist als Widersacher der Seele“ noch schärfer gekennzeichnet als „begreifende“ und „hinweisende“ Funktion. Von ähnlicher Bedeutsamkeit für die wirklichkeitsgemäße Ordnung unseres Wissensschatzes sind noch zahlreiche Unterscheidungen, die Klages aus dem charakterologischen und ausdrucksstheoretischen Material mittels einer kleinen Anzahl tiefer Grundeinsichten gewonnen hat. Nirgends ist es einfacher als auf psychopathologischem Gebiete, das neue Begriffsrüstzeug zu erproben, wenn man nur erst die „Wendung“ begriffen und vollzogen hat, von der wir kurz gesprochen haben, so daß man nicht mehr durcheinander wirft: hinweisendes Denken als Mittel der biozentrischen Erscheinungsforschung — und begreifendes Denken als Methode der logozentrischen Kausalforschung. Jenem steht das symbolische Denken der Frühzeit nahe, dieses ist, metaphysisch betrachtet, immer abstrahierendes Denken, auch wenn es logisch konkrete Begriffe handhabt.

Überblickt man die hier skizzierten Ereignisse aus der letzten Phase der Entwicklung unseres psychologischen Denkens, so ist man gewappnet gegen den Verlegenheitseinwand, der manchmal gemacht wird: die Konsequenzen einer so radikalen Umstellung seien nicht abzuschätzen, man könne doch nicht auf bewährte „Methoden und Tatsachen“ verzichten usf. Von alledem kann gar keine Rede sein. Es geht keineswegs um eine Art von expressionistischer Ver-

einfachung, sondern um die Vertiefung wissenschaftlicher Denkformen. Und es ist der scharfe Wind Nietzsches, der in den Segeln der meisten weht, die aufs hohe Meer hinaus steuern zu alten oder neuen, jedenfalls aber zu wirklichen Erkenntnissen und nicht mehr zu ideologischen Formalismen. Der alte Wissensbesitz bleibt, erhält nur den ihm zukommenden Stellenwert, ob er auch damit oft einer sozial beliebten Rolle verlustig geht: ein Trost-Fetisch für Unbegabte zu sein.

IV.

Von dem System der Charakterologie und der Ausdruckskunde, das Klages 20 Jahre lang vor tauben Ohren (die aber oft wissenschaftlichen Verdrängungskünstlern gehörten!) gelehrt hat, soll hier nicht gesprochen werden. Es ist bei der gebotenen Kürze besser, einen der für uns in der Psychopathologie wichtigsten Punkte herauszugreifen: die Willenslehre.

Man wird sich an die geistesgeschichtlich höchst erstaunliche, aber darum nicht minder wahre und erweisbare Tatsache gewöhnen müssen, daß eine fundierte Theorie des Willens (nämlich als einer essentiellen, nicht rückführbaren Funktion im menschlichen Verhalten) vor Klages nicht vorhanden war. Von einer fundierten Theorie muß man fordern, daß sie die Erkenntnis irgendwelcher Sachverhalte besser leiste als andere Theorien. Geht man vom Begriff aus, so kann man beliebig viele Theorien aushecken, logisch plausibel machen und durch ausgewählte Tatsachen erläutern. Geht man jedoch von einem Sachverhalt aus, der sich schlichter Beobachtung jederzeit darbietet und weist nach, daß zu seiner Beschreibung ein gewisser Begriff unerlässlich ist, den man bei der Beschreibung anderer, äußerlich ähnlicher Sachverhalte keineswegs braucht — so hat man Aussicht, für den spezifischen Sachverhalt die richtige Deutung und demgemäß bei ausreichender Denkbegabung eine fundierte Theorie zu finden.

Es war ein derartiger empirischer, wenn auch vom Lichte seiner Haupterkenntnisse schon beleuchteter Weg, auf dem Klages zu seiner Lehre vom Willen gelangte. Er fand immer wieder, daß die Verschiedenheit spezifisch menschlichen Sichverhaltens von tierischem Verhalten (hinter dem noch die Tiefenschicht elementarer Vorgänge kaum faßbar dämmert) auf das Phänomen des Wollens führt; und daß weder die üblichen philosophischen noch die psychologischen Abgrenzungen des Wollens den zu beschreibenden Tatbeständen gewachsen waren.

Unter den drastischen Illustrationen, durch die man den gemeinten Wesenszug an der menschlichen Willenshandlung anschaulich machen kann, bevorzuge ich diese: wenn Zugvögel im Herbst nach Ägypten aufbrechen, so hat dieser Vorgang, in Millionen von Individuen sich abspielend, den Charakter eines atmosphärischen Ereignisses. Reist hingegen ein Bankier zur Sicherung seiner Geschäfts-„Interessen“ nach Ägypten, so mag er an Ortsbewegung und an Kilometerzahl die gleiche Leistung mit seinen technischen Hilfsmitteln vollbringen — als Vorgang in ihm, dem Individuum, ist seine Reise das äußerste Gegenteil vom Wanderflug. Ähnt dieser fast noch dem Wolkenflug, so steht die Interessen-Reise des Bankiers einem solchen Naturereignis so fern wie nur möglich. Sie geschieht um persönlicher Zwecke willen, ist Teil eines kalkulierten Zweckzusammenhanges und ohne Bezug auf Naturvorgänge, sei es außer ihm, sei es in ihm — falls sie nicht etwa die kapitalistische Ausbeutung von Naturschätzen betrifft. Gewiß wird niemand die Wesensverschiedenheit der Zugvogelreise und der Bankierreise übersehen oder gar leugnen. — An diesem Beispiel kann jedermann das Wesentliche der Willenslehre geradezu ablesen. Wir beschränken uns darauf, die für die Charakterologie wichtigste Konsequenz zu zeigen:

Erster methodischer Grundsatz der Psychologie von Klages: der Mensch, als Träger derjenigen Vorgänge, die man in dem Worte „Willen“ zusammenfaßt, kann nicht aus den Trieben allein, muß vielmehr vorwiegend aus „Interessen“ verstanden werden. Es ist daher falsch, das von Klages in seiner Charakterkunde gezeichnete Menschenbild „chthonisch-realistisch“ zu nennen; das Gegenteil trifft zu: seine Analyse (besser: seine Kennzeichnung) der Persönlichkeit benennt mit feinsten Differenzierung gerade die Schicht der nurmenschlichen, dem Willen zugänglichen Züge, die „Triebfedern“ oder Interessen, relativiert allerdings den Wert dieser fragwürdigen herrschenden Mächte durch Messung an „elementaren Vorgängen“.

Der Vorwurf der Psychoanalytiker hingegen, Klages vernachlässige die Trieblehre, besteht zu Recht, aber man übersieht die fundamentale Bedeutung dieser Akzentverschiebung: ohne richtige Psychologie des Willens gelangt man mit noch so raffinierten und durch tausend Erfahrungen bestätigte Analysen niemals zu einer Psychologie der Triebe, sondern nur zu ihrer Logisierung — das Schicksal von Schopenhauer und Freud. Denn wer bezüglich der Willenssphäre im Stande der

psychologischen Unschuld an die Bearbeitung der Triebssphäre geht, übersieht das Initialereignis des Menschseins, daß nämlich der menschliche Geist (= Wille) die Triebe spaltet, und den ursprünglichen Drang in die Schranken des „vorgesetzten“ Zieles, d. i. der Absicht zwingt. Kann der Triebanalytiker diesen Projektionszwang nicht Zug um Zug rückgängig machen bei seiner Analyse, so bringt ihn chronische Mißdeutung der Urphänomene in die gleiche geistige Situation, wie den Psychopathen. Und dieser ist das sozusagen unvermeidliche Mißprodukt der Triebspaltung, wovon wir sogleich noch zu reden haben. Ihm gegenüber bewahrt der gläubige Triebanalytiker sich sein Überlegenheitsgefühl, indem er seinen Vorsprung in der Logisierung der Triebe als vollzogene Erlösung stilisiert und so dem erlösungsbedürftigen Psychopathen einen endlosen Erlösungsweg vorspiegelt, auf dem zu folgen der Geist so willig ist.

Die für den Menschen typische Spaltung der Triebe zeigt sich darin, daß fortwährend ein Widerstreit der Triebe untereinander und vor allem der Triebe mit den Interessen stattfindet — daraus entstehen endlose Konfliktmöglichkeiten und nicht weniger unbegrenzte Hoffnungen und Versuche, diese auf rationalem Wege zu lösen. Die hier angedeutete Aufhellung der menschlichen Triebsschicht von der Willensschicht her hat für die Psychopathologie sehr weitreichende Folgen. Denn sie bietet eine klare und vollständige Theorie „der Psychopathie“, d. h. der gemeinsamen Grundzüge aller Formen von Psychopathie. Klages hat darüber selbst einen knappen programmatischen Aufsatz im „Nervenarzt“ (1928) veröffentlicht. Das Prinzipielle steht jedoch schon in seinen „Prinzipien“ 1910 und später im VIII. Kapitel der „Grundlagen der Charakterkunde“, das fast unverändert aus jener frühen Schrift herübergenommen wurde: „Zur Metaphysik der Persönlichkeitsunterschiede“. Meine „Psychotherapie“ kann, soweit sie einige von der akademischen Überlieferung wie von Freud abweichende Formulierungen für die Hauptprobleme und für die Heilchancen bietet, als eine Anwendung des in jenem Aufsatz von Klages skizzierten Programmes betrachtet werden. Wenn Klages in Triebspaltungen unter anderem das Wesen der Psychopathien erkennt, so scheint er damit in einiger Nähe von Janet zu stehen, dem unabhängigsten Beobachter und dem geistreichsten Kopf der französischen Psychologie. Aber während Janet dabei an der Oberfläche bleibt und nur zu Fassadenbegriffen gelangt, mit denen er das dynamisch gesehene Detail seiner vorzüglichen Tat-

bestandsschilderungen nicht bewältigen kann, dringt Klages bis in den Kern des Lebensträgers vor und findet den Entstehungsherd aller Spaltungsmöglichkeiten im Baustoff des Menschenwesens, insofern dieses nur aus den zwei miteinander streitenden Urmächten Geist und Leben vollständig verstanden werden kann. Liegt aber der Konfliktgrund gleichsam schon in der Zelle, so ist damit die Neigung der Psychotherapeuten, in der Außenwelt, in den Träumen, in den Triebanlagen nach schädigenden Ursachen zu suchen, von vornherein an die zweite Stelle verwiesen. —

Künftig wird die tiefere Begründung dessen, was man die „Eigenschaften“ des Charakters zu nennen pflegt, wie auch nicht minder aller Krankheitsbedingungen der Persönlichkeit auf einen einzigen Punkt zurückführen. Was von jeher kluge Ärzte und lebensnahe Philosophen gefordert und erstrebt haben, steht damit zum erstenmal im Bereiche der wissenschaftlichen Möglichkeiten. Mit der knappsten Formel ausgedrückt: wie die „Eigenschaften“ des Charakters sich aus den unendlich mannigfaltigen Mischungen der stets individuellen Lebensform mit dem Geiste ergeben, so die krankhaften Züge der Persönlichkeit aus den Störungen, die dem Lebensprinzip durch den Geist widerfahren.

Im Verhältnis zum lebendigen Leibe kann man das Lebensprinzip auch Seele nennen; im Verhältnis zum beseelten Leibe des Menschen aber hat der Geist die Form des persönlichen Ich, dem dann die vitale Schicht als Es gegenübersteht. Diese Scheidung von „Ich“ und „Es“ wurde von Klages mit seinen „Prinzipien“ 1910 in die Seelenkunde eingeführt, um den Gegensatz von Wollen und Fühlen so scharf wie möglich zu kennzeichnen. Der außerordentlich fruchtbare Gedanke ist jedoch einstweilen durch die flachere Verwendung des Begriffspaares Es-Ich in der psychoanalytischen Terminologie verdrängt worden. Man personifiziert und intellektualisiert dort sogar das anonyme „Es“, den Inbegriff des unpersönlichen Geschehens und hat das Begriffspaar in dieser zeitgemäßen Entstellung international populär gemacht. Leider wird dadurch der tiefe Gehalt verschüttet, den der Gedanke bei Klages hatte.

V.

Die genauere Darstellung der Hysterielehre von Klages, die beim mündlichen Vortrage auf der Wiener Tagung an dieser Stelle folgte, mag hier unter Hinweis auf die schon genannte Arbeit von Hansen in der „Neuen deutschen Klinik“ fortfallen.

VI.

Es ist natürlich, daß sich jede Erörterung über die Bedeutung von Klages für die Psychopathologie in eine Diskussion über die Beziehung von Psychoanalyse und Charakterologie verwandelt. Deshalb muß vor einem Irrtum gewarnt werden, dem man häufig begegnet: Charakterologie ist nicht Psychotherapie und will es nicht sein. Sie ist lediglich das feinste begriffliche Werkzeug zur Erfassung von Personen, wobei vielleicht noch als eine Art von Nebenprodukt zu buchen wäre: die Reinigung unserer biologischen Begriffe von falscher Logisierung. Solche Logisierungen der Lebensvorgänge hat die Psychoanalyse ständig begangen. Darum findet, wer sich einer kritisch besonnenen Charakterkunde bedient, reichlich Anlaß, konstruktiven Übersteigerungen der Analytiker entgegenzutreten und dadurch den Boden der „Wirklichkeit“ wieder freizulegen. In extenso ist diese Arbeit auf der Grundlage der Wirklichkeitslehre von Klages in meiner „Psychotherapie“ begonnen. Kein Wunder, daß diejenigen, die es in erster Linie angeht, die Psychotherapeuten, sich und anderen die grundsätzliche Richtungsänderung, die in dem Buche durchgeführt wird, verhehlen und ihre Privatskomplexe daran abreagieren. Das Buch ist aber nur ein Anfang und die darin vertretene Sache eilt nicht, da sie in ihrem Kerne mit der zur Klärung der Lage unerläßlichen Polemik gar nichts zu tun hat.

Der unüberbrückbare Gegensatz der Persönlichkeitspsychologie von Klages zur Psychoanalyse ist überdies weltanschaulicher Art. Er liegt in der Wertsphäre und betrifft sogar schon die allgemeine Einschätzung des Person-Seins. Man kann diesen Gegensatz sehr anschaulich machen, indem man die Grundgesinnung der beiden Lehren auf die einfachste Formel bringt:

Psychoanalyse: Du bist ein wichtiges Faktum, dein Inneres ist höchst interessant und wert, daß man dessen geheimste Falten aufdecke, um dem verborgenen großen Dulder sein Recht und seine Erlösung zu sichern; denn vor dem Triebe sind alle Menschen gleich.

Charakterologie: Deine Person ist eindeutig erfaßbar und „an sich“ völlig unwichtig; sie kann wichtig werden, sofern du dein Ich zu vergessen und dich dem Reichtum der Welt zu öffnen vermagst.

Wer sich dies gegenwärtig hält, kann aus dem Gebaren eines Menschen leicht entnehmen, welche der beiden Gesinnungen ihm

gemäß, welche hingegen unerträglich ist. Danach bemißt sich seine konstitutionelle Fähigkeit, an der Welt der anderen Gesinnung teilzunehmen.

VII.

Summa: Die Bedeutung von Klages für die Psychopathologie ist fundamentaler Art, nur mit der von Freud vergleichbar, aber aus Gründen der kulturellen Fülle wie der Stichhaltigkeit des Begriffsystems auf die Dauer weitertragend.

Zuzugeben ist, daß bei der ersten Auswirkung von Klages im Vordergrunde das Kritisch-Negative steht, ein Reinigungsprozeß, dem jedes psychologische Denken unterliegt, das sich ernsthaft an die Handhabung dieses schärfsten Begriffswerkzeuges wagt. Dahinter aber wird langsam einigen Zeitgenossen das Positive des Werkes sichtbar: daß wir nämlich darin das einzige originäre (d. h. auf eigener breiter Erfahrung ruhende) System einer Psychologie der Persönlichkeit und den Unterbau einer neuen philosophischen Anthropologie besitzen. Von dieser Erkenntnis bis zur Anerkennung der wissenschaftlichen Ehrenpflicht, das System von Klages praktisch auf seine Tragfähigkeit zu prüfen, wäre der Weg nicht mehr weit. Das angehäuften empirische Material mehrerer Wissenschaften ist es wert, durch eine Ordnung nach anderen als den bisher beliebten Denkformen neu erschlossen und fruchtbar gemacht zu werden. Das schwerste Hindernis, das dem Gebrauch dieser Denkformen entgegensteht — manche sind uraltem vergessenem Geistesgut entnommen, manche neu geprägt, die meisten durch methodische Ausdrucksforschung aufgefrischt und belebt — besteht darin, daß sie mit einer natürlichen Hierarchie der Werte rechnen. Das muß abschrecken in einer Zeit, die den hemmungslosesten Formalismus auf allen Gebieten nicht genug zu preisen weiß.

Wenn heute öfters Forscher verschiedener Gebiete sich anschicken, unter Berufung auf Goethe—Nietzsche—Bachofen den Erkenntnisansatz zu vertiefen, so sollten sie beachten, daß Klages eben dies seit 30 Jahren mit unerschütterlicher Stetigkeit geleistet hat. Man hat zu lange übersehen, welche geistige Ahnenreihe er fortsetzt. Je mehr man das erkennt, um so mehr wird man begreifen, weshalb er die Wissenschaft der Gegenwart als Gesamterscheinung bekriegen mußte; denn ein kämpferischer überlegener Geist kann unmöglich ohne Widerspruch das überschwängliche Rühmen flacher Machwerke dulden, deren zeitbedingte Rela-

tivität ihm durchsichtig ist. Es scheint, als ob wir in der Psychopathologie allmählich der anspruchsvollen Dogmatik logozentrischer Virtuosen müde und zur mühsamen Erarbeitung einer biozentrischen Wirklichkeitslehre bereit wären.

Käme etwa die Originalitätssucht kleiner Geister aus der Mode, um durch natürliche Ehrfurcht vor großer und tiefer Führerleistung abgelöst zu werden, so wäre es immerhin möglich, daß dem 60jährigen Klages die Geltung zuteil würde, die wir, das ehemalige Volk der Denker, schon dem 40jährigen hätten zuerkennen sollen.

Psychopathologie und Kulturwissenschaft.

Von

Prof. Dr. HENRY E. SIGERIST

in Leipzig.

Die bisherigen Vorträge unserer Tagung wurden ausschließlich von Psychologen und Psychiatern gehalten. Sie haben uns gezeigt, was die Psychopathologie anderen Gebieten zu geben vermag. Wenn ich hier als Historiker sprechen soll, so muß ich das Problem um 180 Grad drehen, muß ich von der Kulturwissenschaft ausgehen und zeigen, wo wir Historiker die Hilfe der Psychopathologie brauchen, aber auch wo diese nicht am Platz ist.

Seit Lombrosos „Genie und Irrsinn“ hat man in immer höherem Maße psychiatrische Erfahrungen verwendet, um kulturelle Dinge zu deuten. Die letzten Jahrzehnte haben eine Flut von Literatur gebracht, in welcher Psychiater eine große Anzahl kulturhistorischer Probleme mit ihren Methoden in Angriff genommen haben. Aber diese ganze Literatur ist ohne Einwirkung auf die Geschichtswissenschaft geblieben. Sie hat nur einen sehr kleinen Kreis erfaßt, der sich beinahe spielerisch mit diesen Problemen beschäftigte. Fast alle derartigen Arbeiten sind von den Historikern abgelehnt worden.

Da erhebt sich die Frage: woher diese Kluft? Handelt es sich nur um ein Vorurteil der Historiker, die sich eine ärztliche Einmischung in ihren Aufgabenkreis nicht gefallen lassen wollen? Die Gründe müssen offenbar tiefer liegen. Es muß sich um einen grundsätzlichen Gegensatz in der Betrachtungsweise handeln.

Zunächst wird von den Historikern mit Recht den Psychiatern der Vorwurf mangelnder Exaktheit gemacht. Der Psychiater, der sich in seiner therapeutischen Arbeit peinlich exakt zu sein bemüht, der die kleinste Fehlhandlung, den unscheinbarsten Traum berücksichtigt, ist, wenn er an kulturhistorische Fragen herantritt, von einer oft unglaublichen Großzügigkeit. Er nimmt aus den Quellen heraus, was ihm gerade verwendbar scheint, arbeitet oft mit Quellen aus dritter Hand, zieht weitgehende Schlüsse auf Grund dunkelster Quellen, so daß das Gebäude, das er schließlich errichtet, wie ein Kartenhaus zusammenbricht, wenn man es mit den elementarsten Mitteln historischer Kritik untersucht.

Selbstverständlich ist dies nur ein äußerlicher Einwand, der jedoch sehr schwer wiegt, da er die Mehrzahl aller kulturhistorischen Untersuchungen, die von Psychiatern angestellt werden, trifft.

Die wahren Gründe für den Gegensatz in der Betrachtungsweise der Historiker und Psychiater liegen jedoch viel tiefer. Wir wollen sie dadurch zu erfassen suchen, daß wir uns fragen: welches ist der Gegenstand der Kulturwissenschaft? Wie geht sie vor?

Ein Stein ist Objekt der Naturwissenschaft. Sowie dieser Stein jedoch Einwirkungen menschlicher Hand aufweist, ist er ein Kulturdokument und wird zum Gegenstand der Kulturwissenschaft. Unsere erste Aufgabe wird sein, den Stein und die Zeichen, die er aufweist, zu beschreiben. Unsere zweite Aufgabe ist die Datierung, die örtliche und zeitliche Bestimmung dieses Steins. Es ist klar, daß die Zeichen eine ganz andere Bedeutung haben, wenn der Stein aus dem ägyptischen, als wenn er aus dem griechischen Kulturkreis, wenn er aus dem 5. oder 3. Jahrhundert vor Christus stammt. Die Chronologie ist das eherne Fundament jeder historischen Disziplin. Chronologie ist heute nicht Mode. Die Zeit liegt nicht so weit zurück, da die Historiker nur Chronologie trieben. Und wie wenig uns eine solche Geschichtsbetrachtung zu bieten vermag, wissen wir alle. Das hindert aber nicht, daß eine möglichst exakte Datierung jeder historischen Betrachtung vorauszugehen hat. Datieren ist eine sehr schwere Kunst. Mit einer Zahl allein wird ein Datum meistens nicht bestimmt sein. Zwei Kunstwerke können in diesem Jahr entstanden sein, das eine von einem zwanzigjährigen, das andere von einem achtzigjährigen Künstler geschaffen. In einem solchen Fall wird die Jahreszahl 1930 zur Datierung des Kunstwerkes nicht genügen, sondern wir brauchen noch das Geburtsjahr des Künstlers.

Als dritte Aufgabe haben wir dann festzustellen, welches der Sinn des behauenen Steins ist, was der Schöpfer der Zeichen damit

gemeint hat, ob der Stein ein Gerät, ein Kunstwerk oder ein Götterbild ist. Zwei Menschen stehen sich jetzt gegenüber, der Schöpfer des Kulturgebildes und der Historiker, der ihn zu verstehen sucht.

In den meisten Fällen ist die Lage noch komplizierter, indem das Kulturgebilde, das wir untersuchen wollen, nicht vor uns liegt, sondern wir nur durch die Literatur davon erfahren. Die Literatur ist aber ein Spiegel, der nie ganz genau ist. Wenn ein Kulturgebilde in sprachliche Begriffe gefaßt wird, erleidet es ganz bestimmte Veränderungen. Ein dritter Mensch ist eingeschaltet, und wir müssen jetzt auch die Quelle und ihren Autor zunächst datieren. Drei Faktoren sind jetzt im Spiel: das Objekt als Produkt eines menschlichen Geistes, die Quelle, die uns von dem Objekt Kunde gibt, auch sie Produkt eines menschlichen Geistes, und endlich wir als die Verstehenwollenden.

Alle drei Menschen haben gemeinsam, daß sie Menschen sind, daß sie Liebe und Haß empfinden, daß sie Ähnliches erlebt und Ähnliches gewollt haben. Wir erkennen uns vielfach im anderen wieder. Auch wir bedienen uns der Sprache, auch wir schreiben und wissen, in welcher Weise wir die Umwelt formen, wenn wir sie in Worten fassen. Aber gleich erheben sich Bedenken. Wer sagt uns, ob Angst für uns dasselbe ist wie für den Babylonier? Wir empfinden weniger das Gemeinsame als vielmehr das Trennende. Wir sind nicht Zeitgenossen. Wir wissen, welch gewaltige Unterschiede im Denken und Fühlen nur schon zwischen Eltern und Kindern bestehen. Wieviel größer müssen sie sein zwischen Menschen, die durch Jahrhunderte und Jahrtausende getrennt sind, die in einer ganz anderen Umwelt gelebt haben, eine andere Erziehung genossen haben, andere Ideale hatten.

Hier gehen nun die Wege zwischen der psychologischen und der historischen Betrachtung vollständig auseinander. Die Psychologen gehen von der Hypothese aus, daß es einen psychologischen Dynamismus gebe, der zu allen Zeiten bei allen Menschen gleich war. Sie nehmen an, daß die Triebmechanismen der Verdrängung, der Sublimierung usw. stets dieselben waren. Was wechselt, wären die Inhalte der Sublimierung, wären die Ich-Ideale. Erkenntnisse, die am Menschen der letzten dreißig Jahre gewonnen wurden, werden verallgemeinert für alle Zeiten.

Es handelt sich hier um eine naturwissenschaftliche Hypothese, die durch nichts bewiesen ist. Für den Historiker ist diese Hypothese unbrauchbar. Sein Vorgehen ist ein grundsätzlich anderes. Für ihn ist der Mensch die Unbekannte, die er gerade zu erforschen hat. Was

er kennt, sind die überlieferten Erscheinungen, die geistigen Schöpfungen des Menschen, die Zeit, in der sie entstanden sind. Aus der Totalität der Erscheinungen sucht der Historiker den einzelnen Menschen zu erfassen und ihn zu verstehen. Es zeigt sich dabei, daß der Mensch in jeder Epoche ein anderer ist.

Der Psychiater, der einen Neurotiker behandelt, sucht ihn zu verstehen, indem er sich in ihn hineinversetzt. Und so sucht er auch kulturgeschichtliche Erscheinungen durch Einfühlung zu erfassen. Der Historiker bemüht sich, sich von seinem eigenen Erleben und eigenen Denken loszulösen. Solange man die Medizingeschichte von der Gegenwart aus betrachtete, kam man zu ganz falschen Schlüssen. Was mit unseren Anschauungen übereinstimmte oder ihnen nahekam, wurde als fortgeschritten, anderes als primitiv bezeichnet. So wurde die griechische Medizin zu einem Vorläufer der unsrigen. Ganz anders, wenn man die Medizin einer Epoche aus ihrer Zeit, aus dem Kulturkreis, in dem sie entstanden ist, zu verstehen sucht, wenn man dabei unsere eigenen medizinischen Anschauungen völlig beiseite läßt. Dann ist die griechische Medizin so wenig ein Vorläufer der unsrigen als Phidias ein Vorläufer von Rodin ist. Wir wollen als Historiker nicht nur wissen, wie eine Zeit war, sondern um ein Wort Rankes zu gebrauchen, wie sie „unmittelbar zu Gott“ war. Natürlich kommen wir um Werturteile nicht herum. Aber wenn wir messen, dann müssen wir es an den Idealen, Wünschen, Zielen der Epoche selbst tun. Dann werden wir nicht Empedokles als einen Vorläufer der Selektionstheorie, Demokrit als einen Vorläufer der Atomtheorie, Goethe als einen solchen der Deszendenzlehre betrachten. Wir werden höchstens biologisch gesprochen von historischen Konvergenzen reden können¹⁾.

In der griechischen Gesellschaft wie in jeder Gesellschaft, welche die Institution der Sklaverei hat, war der junge Mann von der Pubertät an physisch sexuell gesättigt. Die Homosexualität war durchaus legal. Es ist klar, daß ein solcher Mensch ganz andere Verdrängungen hat als ein Mensch unserer Tage.

Wenn wir eine Gestalt wie Franz von Assisi verstehen wollen, so werden wir uns zunächst nach seinen Lebensumständen erkundigen. Wir werden erfahren, daß er in seiner Jugend ein Vagabundenleben führte, daß er tolle Streiche verübte, von einer unbändigen Sinnenlust erfüllt war, daß dann eine schwere Er-

¹⁾ Adolf Meyer, Das Wesen der idealistischen Biologie und ihre Beziehungen zur modernen Biologie. Arch. Gesch. Math. Naturwiss. Technik 1928, Bd. 11, 149ff.

krankung zum Wendepunkt in seinem Leben wurde. Wir werden sein Werk als Ausdruck einer Sublimierung auffassen können. Aber das erklärt Franz von Assisi nicht. Für uns Historiker ist wesentlich, daß er um 1200 gelebt hat. Und wir werden uns zunächst darnach umsehen, wie die Welt und wie namentlich die Umwelt von Franz, Italien, um jene Zeit beschaffen war. Eine Analyse aller kulturellen Erscheinungen jener Zeit wird uns zeigen, daß damals in jener Gesellschaft eine ungeheure Sehnsucht nach dem frühen Christentum, nach Christus und den ersten Heiligen herrschte. Man wollte jene ersten Zeugen des Glaubens wieder leibhaftig unter sich haben. Antonius, ein Heiliger der Thebais, erscheint wieder als Antonius von Padua. Man will auch Christus wieder unter sich haben, und es kommt Franz von Assisi, der das Leben Christi lebt, mit zwölf Jüngern durch die Welt zieht, Kranke heilt und selbstverständlich stigmatisiert stirbt.

Wir haben bisher nur von der Psychologie gesprochen. Noch schwieriger werden die Verhältnisse, wenn es sich darum handelt, kulturelle Erscheinungen psychopathologisch zu deuten. Gesundheit und Krankheit sind sehr schwankende Begriffe, und auch hier dürfen wir den Maßstab nicht aus der Gegenwart, sondern nur aus der Zeit selbst nehmen. Eine Erscheinung, die heute ausgesprochen krankhaft ist, braucht es in einer früheren Zeit durchaus nicht zu sein. Ein Beispiel wird das, was ich meine, am ehesten deutlich machen.

Vor einiger Zeit ereignete sich in Zerbst folgender Fall²⁾: Ein Arbeiter lebte seit Jahren in Unfrieden mit seiner Frau. Beide werden zu einer Hochzeit von Verwandten eingeladen. Die Frau geht hin, der Mann bleibt zu Hause. Während dieser Zeit kauft sich der Mann ein neues Beil, hackt sich damit einen Finger ab, legt ihn in ein silbernes Gehäuse, das er zu diesem Zweck für 40 Mark gekauft hatte, legt zu dem Finger seinen Ehering und sonstigen Schmuck. Er bestreicht das Beil mit seinem Blut, verschmiert damit auch Photographien der Verwandten der Frau. Er schickt das Gehäuse mit dem blutigen Finger zugleich mit einem Brief seiner Frau an die Hochzeit durch einen Jungen, dem er ein großes Trinkgeld gibt.

Der gleiche Vorfall hat sich in genau derselben Weise im 13. Jahrhundert ereignet. Ein Minnesänger, Ulrich von Lichtenstein, hat sich gleichfalls einen Finger abgehackt, hat ihn in einer kostbaren Hülle, von einem Gedicht begleitet, seiner Dame geschickt.

²⁾ Otto Görner, Ulrich von Lichtenstein in Zerbst. Ein methodologischer Versuch. Mitteldeutsche Blätter für Volkskunde 1930. 5. Jahrg., S. 33—48.

Obwohl der Tatbestand genau derselbe ist, handelt es sich in dem einen Fall um eine ausgesprochen pathologische Erscheinung, im anderen jedoch durchaus nicht. Wenn ein heutiger Arbeiter eine so ungewöhnliche Handlung ausführt, übersteigt sie zweifellos den Rahmen des Normalen und entspringt krankhaften Mechanismen. Ganz anders im 13. Jahrhundert. Ulrich von Lichtenstein war ein tatkräftiger Ritter, politisch sehr gewandt, eine repräsentative Erscheinung im Kartell der Landesritter. Aber er war Minnesänger. Frauendienst durch Tat und Lied war ein wesentlicher Inhalt seines Lebens. Seine Tat bewegt sich durchaus innerhalb des Rahmens einer gewissen Gesellschaftsschicht. Wir können auch den Minnesang nicht als eine pathologische Erscheinung betrachten. Er ist ein Ausdruck eines bestimmten Ritterideals.

Versuchen wir die Tat psychologisch zu deuten, so werden wir auf den Kastrationskomplex stoßen. Das mag durchaus richtig sein, erklärt aber wenig. Es erklärt uns vielleicht, warum Ulrich sich den Finger abhackt, statt sich ein Stück Haut abzuschneiden, in das er sein Gedicht ja hätte binden lassen können. Das Wesen der Erscheinung, daß es sich um ein Opfer als gesteigerter Ausdruck des Frauendienstes handelt, geht daraus nicht hervor, wohl aber, wenn wir die ganze geistige Atmosphäre des Rittertums und des Minnesangs analysieren.

Das Beispiel zeigt uns einmal, daß die Entscheidung, ob eine kulturelle Erscheinung als krankhaft zu betrachten ist, nicht aus der Gegenwart, sondern nur aus der Zeit getroffen werden kann, so dann, daß die psychologische Erklärung für das Verstehen einer Handlung vielfach unwesentlich ist, daß sie das Problem nicht zu deuten vermag.

Ähnlich verhält es sich mit dem Hexenwahn. Sicherlich waren manche Menschen, die als Hexen verbrannt wurden, psychopathische Persönlichkeiten, nicht aber diejenigen, die die Hexen auf den Scheiterhaufen brachten. Es war ja die ganze Gesellschaft, die aus einer bestimmten Weltanschauung heraus an Hexen glaubte und sie zu deren eigenem Wohl verbrannte. So kann auch das Phänomen des Hexenglaubens nicht aus der Psychopathologie, sondern nur durch Untersuchung der geistigen Atmosphäre einer bestimmten Zeit erklärt werden.

Wo der Historiker die Hilfe der Psychopathologie braucht, das ist in all den Fällen, wo die historische Analyse erwiesen hat, daß eine Erscheinung ausgesprochen krankhaft ist. Aber auch da ist

große Vorsicht am Platze und wird das zeitliche Moment stets stark berücksichtigt werden müssen. Psychopathologische Deutungen sind am Platze, wenn im Leben eines Menschen eine ausgesprochene Psychose sich nachweisen läßt. Ferner bei der Untersuchung der geistigen Epidemien. Oder bei Erscheinungen wie dem Tarantismus, wo antike Kulthandlungen nach Jahrhunderten als Krankheit wieder auftreten. Wir werden endlich die Psychologie heranziehen müssen beim Studium der Mythologie und der Urgeschichte, aber als Notbehelf. Wo alle Quellen fehlen, haben wir keine andere Möglichkeit des Verstehens als durch die Psychologie. Aber wir müssen uns bewußt sein, daß die Resultate höchst hypothetisch sind, daß wir in Tat und Wahrheit, keine Ahnung vom Urmenschen haben.

Ich wollte in diesen wenigen Worten zeigen, wo und warum die Wege des Historikers und des Psychologen sich in der Kulturwissenschaft trennen, wo eine Zusammenarbeit möglich, förderlich, ja notwendig ist.

Angewandte Psychopathologie und Gegenwartszivilisation.

Von

Prof. Dr. ERWIN STRANSKY,

Wien.

Wenn ich hier vor Ihnen über Fragen der Gegenwartszivilisation sprechen soll, wird es wohl unmöglich sein, dabei Werturteile zu vermeiden; auch wenn man sich die größte Mühe geben wollte, wäre es schlechterdings undurchführbar, um solche herumzukommen. Allerdings, nicht um Werturteile soziologisch-weltanschaulicher Prägung wird es sich dabei handeln, sondern um Werturteile ausschließlich vom Standpunkte eben der angewandten Psychopathologie. Aus diesem Gesichtswinkel heraus betrachtet kann solches Beginnen freilich keinesfalls als ein unwissenschaftliches qualifiziert werden.

Es scheint mir keineswegs ein Zufall zu sein, daß Parole und Programm der angewandten Psychopathologie gerade in der Jetztzeit formuliert worden sind; ich habe das Wort „angewandte

Psychiatrie“ erstmals 1918 zum Leitmotiv einer programmatischen Abhandlung gemacht und es alsbald, als ich um die Wende 1919/20 mit einigen gleichstrebenden Weggenossen an die Gründung des nun jubelnden Wiener Vereins, der diese Tagung einberufen hat, geschritten bin, durch das passendere Wort „angewandte Psychopathologie“ ersetzt, welches bald darauf unser verdienstvoller Schweizer Kollege Morgenthaler adoptiert hat, als er 1921 im Verein mit mir und einer Reihe anderer Fachkollegen die „Arbeiten zur angewandten Psychopathologie“ ins Leben rief. Wie man sieht, sind also alle diese Bestrebungen — französischerseits gehen ihnen jene von Toulouse ein gut Stück parallel — Kinder der allerjüngsten Zeit. In dieser Hinsicht sind sie Altersgenossen der psychischen Hygienebewegung, von der ein nicht geringer Teil ja eigentlich auch angewandte Psychopathologie ist¹⁾. Nun, das Interesse an diesen Dingen versteht sich freilich nicht zuletzt aus dem mehr minder alles rationalisierenden Zuge unserer Zeit; unverkennbar jedoch hat es seine besonders tiefen Ursachen, daß unsere Zeit sich gerade um Seelisches, namentlich aber um abnormes seelisches Geschehen so sehr interessiert zeigt; es wurzelt dies einerseits in dem Sensationismus unserer Tage (seelisches, insonderheit aber abnormes seelisches Geschehen und dessen Auswirkungen sind ja nun einmal immer „interessant“), andererseits in der aus den verschiedensten Gründen gerade heutzutage (ähnlich übrigens wie in anderen kulturgeschichtlichen Übergangsperioden, etwa zur Zeit des Verfalles der Antike, damals allerdings noch nicht so gefördert durch rationalisierende Tendenzen) stark um sich greifenden psychologisierenden Endovertiertheit breiter Kreise, letzten Endes aber in einer sehr harten Tatsache, der Tatsache, daß pathologisches seelisches Geschehen, daß seine Auswirkungen und seine Vertreter gerade in der Jetztzeit stark im Vordergrund stehen, ja das Bild des Vordergrundes in der Jetztzeit sehr nachhaltig beeinflussen.

Natürlich ist nicht zu verkennen, daß die Versuche, die Lehren der Psychopathologie auch zum Verständnis der Gegenwart, ihrer Zivilisation, ihres Geschehens überhaupt heranzuziehen, auch von anderen Seiten her wichtige und mächtige Förderung erfahren haben. Es sei da nur der seinerzeit von Möbius inaugurierten Pathographie gedacht, einer Richtung, welche an großen Einzelnen das Patholo-

¹⁾ Wie dies übrigens wenige Tage, nachdem ich mein Referat gehalten habe, Kauders in einem Vortrage im Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie gleichfalls betont hat.

gische und hinwiederum den Einfluß dieses Pathologischen auf die Werke dieser einzelnen und auf die Ausstrahlungen dieser Werke in ihre Zeit zu studieren trachtete bzw. noch immer trachtet; es sind dabei freilich Grenzüberschreitungen nicht ausgeblieben, und erst auf dieser Tagung wiederum hat Hildebrandt mit Fug einige solche Grenzüberschreitungen aufgezeigt und zurückgewiesen. Nicht verkannt werden darf ferner, daß die Psychoanalyse, daß die Individualpsychologie, daß Freud, Jung, Adler und deren Schüler, daß der ganze Propagandaapparat dieser und anderer irgendwie Verwandtes wollender Richtungen, daß alles dies sehr vieles dazu beigetragen hat, das Interesse der Allgemeinheit auf psychologische und psychopathologische Fragen mehr denn je zu lenken; in diesem Sinne ist ja denn auch Freuds zu Beginn dieser Tagung durch den Vorsitzenden, Pappenheim, sowie in Pötzls Begrüßungsworten in besonders ehrender Weise gedacht worden. Und doch, vor allem liegt in unserer Zeit selber die Hauptursache, daß, bei Fachleuten wie in der Laienwelt, das Bedürfnis ein so lebhaftes wurde, sie oder doch Teilerscheinungen von ihr, insonderheit aber unsere Gegenwartszivilisation nicht nur aus psychologischen, sondern auch aus psychopathologischen Gesichtspunkten heraus zu verstehen.

Es kann kaum zweifelhaft sein, daß unsere Gegenwartszivilisation bzw. das, was sozusagen ihren zentralen Kern ausmacht, die moderne Großstadt- und Industrie-Zivilisation mit ihren unterschiedlichen Folgeerscheinungen und Auswirkungen sehr vieles in sich birgt, was in psychischem Sinne als pathogen gewertet werden muß; und daß gerade diese pathogenen Momente in unserer Großstadtzivilisation tief darinnen wurzeln und aus ihr gar nicht wegzudenken sind. Davon soll noch späterhin mehr im einzelnen die Rede sein. Das ist die eine Seite. Die andere Seite ist, daß gerade wiederum diese Zivilisationsmoderne so vielfach als das Produkt morbider Köpfe gilt und es auch tatsächlich ist. Kronfeld, Birnbaum, Schilder, Hildebrandt u. a. haben allerdings mit Recht darauf hingewiesen, daß die Morbidität einer Persönlichkeit nicht dazu berechtigen kann, ein Werturteil zu fällen über ihre sachliche Leistung als solche; und gewiß knüpfen sich viele Großleistungen menschlicher Kultur an seelisch abnorme Persönlichkeiten als ihre Schöpfer. Allein dies ist nicht der Kernpunkt des Problems: Der Kernpunkt ist vielmehr der, daß wohl nicht die Leistung als solche, wohl aber die Reaktionsweise einer schöpferischen oder führenden Persönlichkeit sehr häufig suggestiv und dadurch zeitgeistbestimmend wirkt. Die Leistung als solche bedeutet ja in der Regel

ein, sei es selbst in zeitlichen Etappen gereiftes Einmalig-Promethesisches, von ihren Früchten lebt die Menschheit, aber ihre Nachahmung, besser gesagt, ihre Weiterspinnung ist doch meist nur Sache eines kleinen Kreises Auserlesener; dank der Reaktionsweise aber, darin sich das Pathologische der Persönlichkeit in der Regel ganz anders, in viel stärkerem Maße spiegelt denn in der an sich vielfach eben dieses Pathologische nicht oder nur verhältnismäßig wenig erkennen lassenden Leistung als solcher, wird nur zu oft das Dichterwort wahr: „wie er sich räuspert und wie er spuckt...“; will sagen: durch ihre Reaktionsweise, durch das Pathologische in ihr und an ihr kann die morbide, sei es auch schöpferische Persönlichkeit in der Tat auch auf breitere Kreise, im Zeitalter der Massenwirkung aber, in dem es zum Gegebensein von Masse nicht erst des räumlichen Daseins der Masse bedarf (Zeitungen, Rundfunk usw.), auch auf das Volksganze in morbidisierendem Sinne einwirken. Wieviel Unarten und Übergriffe unbedeutendster kleiner Musiker und Musikanten sind nicht unter Berufung auf die Unsterblichkeit eines Beethoven glorifiziert worden und werden es noch immerzu! Es scheint fast, als wäre in unserem demokratischen Zeitalter das Wort: quod licet Jovi... in Vergessenheit geraten, als dünkte sich jeder aufgeblasene Wicht bedeutend genug, um von dem Riesen Beethoven gerade das zu entlehnen, was an ihm Ausfluß der morbiden Minusvariante seines Wesens war. Denn mit Kretschmer u. a. möchte ich sagen: Nicht weil, sondern trotzdem der Genius krank ist, ist er ein Genius! Genug, es sind erfahrungsgemäß gerade meist die morbiden Reaktionen, die eminent suggestiv wirken und die dementsprechend von führenden Persönlichkeiten in morbidisierendem Sinne so sehr gewöhnlich auf die engeren und weiteren Kreise der von ihnen geführten oder beeinflussten Menschengruppen ausstrahlen. In diesem Sinne also ist die unleugbare Tatsache, daß unsere Gegenwartszivilisation so sehr stark von determinierenden Persönlichkeiten morbider Seelenstruktur durchsetzt ist, gewiß keine gleichgültige Sache; zugegeben, daß auch in früheren Zivilisationsepochen reichlich genug pathologische Persönlichkeiten in führender Stellung aufscheinen und Einfluß nehmen konnten: die intensive und extensive Möglichkeit, auch mit ihrem morbiden Reagieren morbidisierend auf breitere Massen einzuwirken, scheint doch heute gerade dank den Mitteln der modernen Zivilisation weit größer als ehemals. Es ist gewiß kein Zufall, daß jener Zivilisationspessimismus, der so viele Gegenwartskritiker kennzeichnet, in ganz gleicher Weise zwei ganz verschiedenen, von ganz

verschiedenen Voraussetzungen ausgehenden Richtungen dieser Gegenwartskritik eignet: der Spenglerschen Geschichtskritik auf der einen, der Kritik der Rassentheoretiker (von Gobineau über Lagarde, Woltmann, Chamberlain, Baur, Fischer, Lenz, Günther usw. bis zu den Amerikanern Madison Grant und Lothrop Stoddard) auf der anderen Seite. Wenn zwei so ganz verschiedene Richtungen in einem Belange zu nahezu identischen Ergebnissen kommen, dann muß man sich wohl an das alte Wort erinnern: Wo Rauch ist, muß auch Feuer sein. Und wir werden nicht fehl gehen, wenn wir die negativen, wenn wir die morbiden, die sogenannten „Entartungserscheinungen“, die unserer Zivilisation zur Last gelegt werden, nicht zuletzt zurückführen auf die reichlichen Chancen, die sie gerade der Entwicklung und der Auswirkung psychopathologischer Persönlichkeiten und psychisch-pathogener Momente überhaupt bietet. Diesem Kulturpessimismus steht freilich auch ein relativer Kulturoptimismus gegenüber, der sich u. a. führender Psychiater (Bumke, Morgenthaler u. a.) als Fürsprecher rühmen darf. Von den Autoren dieser Richtung wird darauf hingewiesen, daß — und auch davon wird hier gesprochen werden — eben aus unserer Zivilisation heraus auch sehr vieles geschaffen worden ist, was die menschliche Gesundheit gerade auch in seelischer Hinsicht gefördert habe; und es wird an der Hand mannigfacher Daten auch zu zeigen versucht, daß von einem ausgesprochenen Verfall, von einer Zunahme der „Entartung“ in unserem modernen Zeitalter eigentlich nicht gesprochen werden könne. Immerhin muß aber auffallen, daß durchaus maßvolle Vertreter der Psychiatrie und Psychologie, der allerverschiedensten weltanschaulichen Fundierung, in der Hauptsache den Einfluß der Moderne doch als einen stark morbiden auffassen: Ich nenne Kräpelin, Bonhoeffer, Gaupp, Freud, Jung, Roffenstein, Kollarits, Stelzner, Hickson, Aschaffenburg, mich selbst; wie man sieht, eine sehr bunt zusammengesetzte Reihe; Aschaffenburg spricht unser Zeitalter geradezu als eine Art kranken Zeitalters an, ungeachtet der mehr minder heftigen, teils mehr theoretisierenden, teils weltanschaulich begründeten Opposition mancher Autoren gegen eine derartige These. Es ist ja leider in der Tat vielfach so, daß bei der Stellungnahme zu diesem ganzen Fragekomplex, sei es auch oft nur im Unterbewußten, weltanschauliche Beweggründe mitschwingen und daß solche Motive unverkennbar auch gerade auf seiten jener Opponenten zu finden scheinen, welche denjenigen, die mit unserem Zeitalter und seinen Tendenzen aus rein sachlichen Gründen nicht

restlos einverstanden sind, ihrerseits weltanschauliche Parteinahme vorwerfen zu sollen glauben; ein Vorwurf, der sachlich schon angesichts der großen Verschiedenheit der Zeitpessimisten oder doch Zeitkritiker in bezug auf ihre Herkunft und Gesamteinstellung wohl nicht genügend gerechtfertigt erscheint. Ebenso wenig kann der Vorwurf akzeptiert werden, als fehle uns zu einer wissenschaftlichen Zeitkritik annoch das Pathos der Distanz; medizinische Wissenschaft in allen ihren Belangen und Verzweigungen ist praktische, angewandte Lebenswissenschaft und würde als solche recht übel fahren, wenn sie aus Angst vor Anstoß bei irgendwelchen weltanschaulichen Richtungen ihre kritisierende Stellungnahme auf einen allzu späten Zeitpunkt verlegen wollte; hat man doch aus ähnlichen Motiven heraus auch gegen die eugenisch-rassenhygienischen Bestrebungen auf der einen, die modernen sexualhygienischen Tendenzen auf der anderen Seite Stellung genommen, dies wie jenes, medizinisch-hygienisch verstanden, ein ganz unhaltbares Beginnen. Damit soll gewiß nicht den Einwänden jener Autoren (Kronfeld, Birnbaum u. a.), die als Antikritiker der psychiatrisch-psychologischen Gegenwartskritiker im Vordertreffen stehen, jegliche Existenzberechtigung abgesprochen werden; es gilt nur, die Antikritik ganz gerade so wie die Kritik als solche auf ihr richtiges Maß zurückzuführen; keinesfalls kann es unstatthaft, muß es im Gegenteil in höchstem Grade als erforderlich und notwendig bezeichnet werden, unsere Gegenwartsverhältnisse mit Einschluß der allerneuesten Zeit, gerade weil sie so sehr aktuell sind, auch von psychopathologischen Gesichtspunkten aus zu studieren und aus den Ergebnissen dieses Studiums die notwendigen Folgerungen zu ziehen. Wenn Schneersohn speziell gegen mich einwendet, daß die Pathologie der Gesellschaftsseele doch anderen Gesetzen unterliege als jene der Einzelseele, so ist das eine These, die wohl in diesem Umfange gegenüber unseren allgemeinen Erfahrungen nicht standhält; ganz abgesehen davon, daß der Psychiater aus seiner so besonders reichen Erfahrung heraus keineswegs bloß für die Pathologie der Einzelseele, sondern sehr weitgehend doch wohl auch in Fragen kollektiv-psychologischer Natur kompetent ist.

Wir wollen nun darangehen, uns zu fragen, ob sich, vom Standpunkte angewandter Psychopathologie aus, die Vorteile und Nachteile der modernen Großstadt- und Industriegesellschaft nicht im einzelnen gegeneinander abwägen lassen, ob und inwieweit sie spezifizierbar sind. Natürlich kann dieser unendliche Komplex von Einzelfragen keineswegs im Rahmen eines Referates erschöpft

werden; nur die wesentlichsten Gesichtspunkte können hier Erwähnung finden.

Es ist zunächst sicher, daß das Großstadt- und Industriemilieu eine ganze Reihe zum Teil sehr schwerer Schäden für den einzelnen, der in solch einem Milieu zu hausen verbunden ist, mit sich bringt. Es sind dies Schäden, die vor allem die Körperhygiene betreffen und die zum großen Teil in spezifischer Weise durch die Umwelt als solche bedingt sind; Schäden, die von der Physis her direkt wie indirekt auf die Psyche zurückwirken. Es sei zunächst daran erinnert, daß nach den jüngsten, posthumen Veröffentlichungen Schweighofers der Übergang vom Land- und Kleinortmilieu in die Umwelt des modernen Stadtlebens, wie er sich bei so vielen Angehörigen zumal des Stadtproletariats unausgesetzt vollzieht, allein schon Änderungen der Ernährung und der Gesamtlebensweise mit sich bringt, auf die der Organismus sehr vieler einzelner mit Störungen zu antworten pflegt, deren Wirkung auf die Psyche natürlich nicht unterschätzt werden darf: auch der ländliche Hilfsarbeiter lebt zwar gewiß nicht unter idealen hygienischen Verhältnissen, allein er hat ungleich mehr Gelegenheit zur Abhärtung, er lebt ungleich mehr Stunden des Tages in Licht und Luft und ungeachtet der Ausbreitung des Alkoholismus auch auf dem Lande ist doch seine Gesamternährung eine kräftigere und naturgemäßere als jene des proletarischen Städters; nicht zu reden von der weit stärkeren Seuchengefährdung in der Großstadt mit ihrem so sehr dichten Beisammensein von Menschen (ein gleiches gilt natürlich von jeglichem industrialisierten Bezirk). Ausgesprochen schädlich wirken auch die Wohnverhältnisse des Groß- und Industriestädters, nicht bloß im Proletariat, sondern bis in den Mittelstand hinein; gewiß ist nicht zu verkennen, daß in der allerneuesten Zeit die Bestrebungen mehr und mehr Raum gewinnen, die Wohnverhältnisse des Groß- und Industriestädters zu verbessern; einstweilen jedoch überwiegt hier noch immer weitaus die Minusseite; wie schwer schädigend aber alle die Zwangsverhältnisse, die aus dem Wohnungselend der Groß- und Industriestadt resultieren, nicht nur auf die Körperhygiene wirken, sondern auch auf die seelische Gesundheit, das weiß wohl am allerbesten der Psychiater; gerade hier in Wien hat Herz vor Jahren auf die aus der Wohnungsnot eben der allerneuesten Zeit geborenen psychotischen Zustände hingewiesen; ähnliche Erfahrungen haben die Psychiater wohl allentorts gemacht. Die neurotisierenden Einwirkungen der Großstadtumwelt auf die zuwandernde Landbevölkerung sind ja lange bekannt (Voß u. a.; neuerdings Engelhardt).

Schweighofer konnte auch darauf hinweisen, daß gerade auf dem Lande Selbstausmerzungenstendenzen gegenüber lokalen Durchseuchungen etwa mit venerischen Infektionen, aber auch gegenüber dem Alkoholismus (ja auch gegenüber der kretinistischen Entartung) wirksam sind, wie sie, wenigstens in solchem Ausmaße, im modernen Stadtleben doch nicht in Wirksamkeit treten können; auch hier muß man wieder sagen, daß ungeachtet aller Gegenbestrebungen, deren begrenzte Erfolge gewiß nicht verkannt sein wollen, das Großstadt- und Industriemilieu schon dank seinen spezifischen Massenvergntungen und seinen auf Sensationierung in jeder Form gerichteten Tendenzen für die Verbreitung von Genußgiften jeder Art, es handle sich nun um den Alkohol oder das Nikotin, um das Morphin, um das Kokain, um Schlafmittel usw. usw., einen besonders üppigen Boden abgibt. Es ist wohl überflüssig, erst des Näheren auszuführen, in welchem Ausmaße und Umfange diese Dinge wiederum schädigend auf die Psyche des Einzelnen und der Gesamtheit zurückwirken und welche Bedeutung gerade im Rahmen dieser Dinge dem durch die Zivilisationsmoderne (Reklame, Zeitungswesen, Politisierung usw.) so sehr geförderten massenpsychologischen und massensuggestiven Faktor zukommt. Auch die Verbreitung der chronischen Infektionen, es handle sich nun um die Tuberkulose, um die Syphilis, die Gonorrhoe oder um andere, findet durch das Großstadt- und Industriemilieu ungeachtet aller Gegenmaßnahmen einen unvergleichlichen Nährboden. Vergessen wir ferner nicht, in welch hohem Maße durch gewerbliche Vergiftungen und andere Gewerbenoxen und durch gewerbsspezifische Unfälle gerade wieder eben diese moderne Industrieumwelt breite Kreise der Bevölkerung schädigt, die vordem diesen Schäden mindestens nicht in solchem Ausmaße und Umfange ausgesetzt gewesen sind; schon die Mechanisierung der Arbeit durch die moderne Maschine wirkt seelisch vielfach ungünstig (vgl. etwa bei Engelhardt); vergessen wir ferner nicht, in welchem Ausmaße die Maschinerie eben dieser Zivilisation auch Frauen und Jugendliche in den Bereich ihrer Schwungräder zwingt, in einem aus den verschiedenartigsten, vor allem wirtschaftlichen Motiven (die aber eben wiederum gerade durch diese Zivilisation selbst gesetzt sind) erklärbaren Umfange. Wieder überflüssig hinzuzusetzen, wie schwer durch all dies die nervöse und damit die psychische Gesundheit breitester Schichten der Bevölkerung, die vordem doch davon verschont waren, getroffen worden ist. Zu diesen Kategorien von Schäden kommen nun noch andere Kategorien solcher. Da haben wir die Begünstigung des Materialismus in allen

seinen Tönungen, da haben wir ferner sein Gegenstück, den ungesunden Mystizismus, da haben wir den Sensationismus und die Vergnügungssucht in ihren Ausartungen, derlei für das Großstadt- und Industriemilieu, weit über seine proletarischen Schichten hinaus so sehr charakteristisch ist. Kein Zweifel, daß derlei für die seelische Gesundheit nichts weniger als zuträglich genannt werden kann, ganz ebenso, wie der Hang der oberen Schichten dieses Milieus zum Luxusleben, der sich, nach den Gesetzen der seelischen Infektion und Kontagiosität massenpsychologisch verstärkt, durch den Mittelstand bis in die untersten Schichten fortpflanzt, allüberall die vorausschauenden Tendenzen zum Ersparen von Gütern wie überhaupt die Konsolidierung im Interesse der Familie paralyisierend und dadurch wieder diese, deren Fortkommen, deren Gesundheit, deren Psyche schädigend. Daß das moderne Großstadt- und Industrieleben jeglicher Familienkultur, jeglicher Traditionsbildung entgegenwirkt, ist wohl eine soziologisch genügend erhärtete Tatsache; wiederum ist aber jenseits von jeder Art Weltanschaulichkeit unbestreitbar, daß Familie und Tradition Faktoren sind, die im Sinne seelischer Disziplin und damit seelischer Gesunderhaltung — wenigstens im allgemeinen — wirksam sind und deren Zerstörung wesentliche Hilfsmittel seelischer Hygiene des Einzelnen und der Volksgesamtheit gefährdet. Wie schädigend das hastige Arbeitstempo, das Überhastete, das mehr und mehr Amerikanische der modernen Zivilisation überhaupt wirkt, braucht vor einem zu einem Großteil aus Ärzten zusammengesetzten Forum wohl nicht erst des näheren auseinanderzusetzen zu werden, ganz zu schweigen von der Lärm-, der Rauch-, der Staubplage und desgleichen von den zahllosen Unfallrisiken, die das gesamte moderne Verkehrssystem notwendig mit sich bringt. Vielleicht aber darf hier noch besonders betont werden, daß unsere Gegenwartszivilisation auch in bisher kaum bekanntem Ausmaße eine verkehrte Auslese begünstigt, indem sie in ganz ungeheuerlicher Einseitigkeit die Entfaltung und die seelische und physische Propagationsmöglichkeit gerade wirtschaftlicher Talente fördert, noch dazu wirtschaftlicher Talente im Sinne modernen industriellen und finanziellen Tendierens: nun kann aber ganz gewiß nicht behauptet werden, daß alle Repräsentanten gerade dieser Art von Begabung in besonderem Maße als sozialbiologische Plusvarianten anzusehen seien; die praktische Erfahrung lehrt eher, daß sie (und noch häufiger ihre Nachkommen) recht oft sowohl hinsichtlich ihrer seelischen, wie häufig auch nach ihrer leiblichen Generaldisposition, recht ausgesprochene Minusvarianten zu sein pflegen. Und während nun

einerseits unsere moderne Zivilisation so sehr darauf hinzielt, gerade diese Begabungstypen hochzubringen, schädigt sie im Interesse des wirtschaftlichen Vorteiles derselben nicht nur Millionen in ihrem Dienste tätiger Arbeitender (siehe das vorhin Gesagte), sondern merzt überdies eine große Menge von Elementen aus, die mit ihren Instinkten und mit ihrer Eigenart weder dem Tempo noch den Tendenzen dieser Moderne entsprechen und daher entweder einzeln zugrunde gehen müssen oder doch mindestens infolge ihrer ökonomischen Benachteiligung keine Gelegenheit haben, sich fortpflanzen zu können, die aber auch dank der zermalmenden Gewalt des Propagandaapparates der anderen keinen geistigen Resonanzboden für ihre Ideologie, demnach auch keine geistige Propagationsmöglichkeit, keine Möglichkeit zu geistiger Ausleseaktivität in ihrem Sinne finden können; und doch sind das Elemente von sozialbiologisch und vielfach auch individuell hoher Wertigkeit, Elemente, aus deren Reihen das Höchste unserer Kultur hervorgegangen ist. Braucht etwa erst von der furchtbaren Tragödie eines der wertvollsten aller Stände, des Mittelstandes, gesprochen werden oder von jener des Bauernstandes, der, in physischer Hinsicht mindestens vielleicht noch wertvoller, heute ganz ebenso von einer verkehrten Auslese bedroht ist, die in der Geschichte kaum ihresgleichen hat, wenn wir nicht bis zum Verfall der Antike zurückgreifen wollen? Es stellt ein trauriges Gegenstück zu dieser Benachteiligung gerade vieler der wertvollsten Elemente dar, daß unsere moderne Zivilisation — wie ich glaube, aus unrichtig angewendeter Humanität und aus sinnwidrigem Mißverstehen medizinischer Erkenntnisse heraus — die ausgesprochenen Minusvarianten und Gesellschaftsfeinde in weit höherem Maße schützt, als sie je zuvor geschützt worden sind; natürlich ist es nur zu begrüßen, daß unzweifelhaft Kranke, insonderheit unzweifelhaft Geisteskranke, selbst wenn sie aus ihrer Psychose heraus Rechtsbrecher oder sonstwie Gesellschaftsschädlinge werden, vor Strafe im eigentlichen Wortsinne bewahrt bleiben müssen, denn es widerspräche unserem geläuterten modernen Rechtsempfinden, bedauernswerte Kranke zu strafen. Allein es ist ein von vielen modernen Psychiatern (Bonhoeffer, Hauptmann u. a.) mit Recht gerügter Mißstand, die sogenannten Minderwertigen schlechtweg den eigentlich Kranken praktisch gleichzuhalten und zu fordern, daß ihnen die nämlichen oder doch ähnliche Rechts- und soziale Wohltaten zuteil werden müßten wie jenen; und überdies noch in einer jeglicher Rassenhygiene schnurstracks zuwiderlaufenden Weise um ihr Wohl und Wehe in einer Art zu

sorgen, die mindestens materiell, wo nicht gar in weitergehendem Sinne die Interessen der Allgemeinheit aufs Schwerste beeinträchtigt; es scheint wirklich hoch an der Zeit, heute mehr denn je sich vor allem um die Hochwertigen und Vollwertigen zu kümmern und um der Minderwertigen, der Minusvarianten willen die Plusvarianten nicht zu vernachlässigen (Lenz, Oberholzer u. a.). Der Schutz der Minderwertigen gründet sich übrigens sehr vielfach auch auf die starken Sympathien, welche das im Rahmen der modernen Zivilisation allzu tonangebende Genießer- und Ästhetentum für viele Vertreter dieser Typen an den Tag legt; wir sehen hier eine im tiefsten Wortsinne kulturgefährdende Tendenz der modernen Zivilisation am Werke, eine Tendenz, die man nach dem Vorbilde der Bewegung „L'art pour l'art“ mit dem Namen „L'ésprit pour l'ésprit“ belegen könnte, weil sie den Kult des „Geistes“ an sich, auch wenn dieser Geist nichts ist als hemmungslose Geistreichelei, predigt und Sympathien für die Vertreter solchen „Geistes“ wirbt, ja deren Vorrang anstrebt, wiewohl eine erkleckliche Anzahl der Repräsentanten solchen Esprits aus ausgesprochenen Minusvarianten besteht. Die Herrschaft des Geistes als Selbstzweck und an sich ist aber lebensfeindlich, die Herrschaft des Geistes als Selbstzweck entbehrt im Sinne von Nietzsche, dem da auch Jaspers, Hildebrandt u. a. beipflichten, der tieferen Legitimation, da reine Geistigkeit, die sich nicht in den Dienst des lebendigen Lebens stellt, letzten Endes unbiologisch und daher auch kulturfeindlich ist; nur insoweit er den Interessen des Lebens und des biologisch-eugenetischen Fortschrittes der Gesamtheit dient, hat der Geist die Legitimation, den Vorrang des Feldherrn für sich zu beanspruchen. In engem Zusammenhange damit und andererseits in einem gewissen Gegensatz zu der gerade durch die moderne Zivilisation so vielfach begünstigten Entfaltung nicht etwa bloß biologisch wertvoller, sondern auch biologisch schädlicher massenpsychologischer Effekte steht die Begünstigung extremer individualistischer Regungen und zwar die Forderung extremen Individualismus (inbegriffen die Extreme des artfeindlichen Feminismus; vgl. Eberhards Sammelwerk und den von mir gearbeiteten Abschnitt des Halban-Seitzschen Handbuches sowie vorher bei Gruber, Lenz u. a.) gerade zugunsten nicht weniger sozialbiologischer Minusvarianten durch die Gegenwartszivilisation, durch manch modernes Schlagwort und seine Verkünder; es ist aber kein Zweifel, daß solcher extremer Individualismus letzten Endes ein Neurosegebärer ist, und es ist interessant, daß Otto berichtet, in welch hohem Maße im modernen China das

Emporwuchern des traditionsfeindlichen Individualismus neurotisierend sich auswirke. Die Richtung Alfred Adlers hat sich denn auch z. T. mit Recht die alte Erfahrung zunutze gemacht, darnach gerade die Bändigung überstarker Individualismen und deren Einordnung in das soziale Gemeinschaftsleben in heilendem Sinne auf neurotische Krankheitserscheinungen einwirken kann. In der Tat ist ja, wie ich seinerzeit gezeigt habe, in der Seele eines jeden einzelnen von uns die Antinomie lebendig zwischen individuellen Freiheits-, ja Herrschaftstendenzen und dem Subordinationsbedürfnis; in der selbstredend der Eigenart und Leistungsfähigkeit des Einzelnen angepaßten optimalen Äquilibrierung zwischen diesen seelischen Strebungen liegt sozusagen das individual- bzw. sozialbiologische Ideal gegeben. Manche Kultur hat (wie von mir in einer Studie über den „Deutschenhaß“ schon vor Jahren dargetan) ein oder mehrere kennzeichnende Zügelungssysteme für die den subordinatorischen Herdentrieben antinomischen Individualantriebe (Sitte, Satzung, Religion, Staatsgesetz, nationale Bindungen usw.); auch die Gegenwartszivilisation sucht naturgemäß nach Gegengewichten gegen den gerade von ihr so vielfach begünstigten Überindividualismus; es will mir aber scheinen, als wären die von ihr bevorzugten Zügelungssysteme einerseits allzusehr dogmatisierend, doktrinär, noopsychisch fundiert, und wo sie an die Thymopsyche appellieren, dort geschieht es vornehmlich unter Anrufung ressentimentaler Regungen. Man kann aber nicht behaupten, daß die Auswirkungen des einen wie des anderen Momentes letzten Endes in der Leitlinie psychischer Hygiene lägen, also als Aktivum moderner Zivilisation gebucht werden könnten.

Gerechterweise müssen den Schattenseiten auch die Lichtseiten moderner Zivilisation entgegengehalten werden. Jene Rationalisierungstendenz, von der schon eingangs gesprochen worden ist, sie hat, indem sie vor allem auch die praktischen und angewandten Naturwissenschaften in ihr Bereich gezogen hat, in allererster Linie die medizinischen Disziplinen, zweifellos unnenbar viel Gutes gestiftet; insbesondere auf dem Gebiete der Hygiene, der Chirurgie und der Bekämpfung der Infektionskrankheiten ist Ungeheures geleistet worden, nur vergleichbar den enormen Fortschritten der technischen Wissenschaften in der Moderne; an die Namen Jenner, Semmelweis, Lister, Pasteur, Koch, Behring, Schaudinn u. Hoffmann, Wassermann, Ehrlich, Wagner-Jauregg u. a. knüpft sich das Gedenken an eine Reihe von Großtaten in der Bekämpfung der furchtbarsten Volksseuchen und Krankheiten überhaupt; und so werden wir uns nicht wundern, wenn un-

geachtet aller der schweren Schäden der modernen Zivilisation dank dem segensreichen Wirken der modernen Ärzteschaft — gerade ihr Wirken ist das unbedankteste, indes dem Wirken der Vertreter der schädlichen Effekte moderner Zivilisation von Verblendeten mit lautem Pathos gehuldigt zu werden pflegt — die Lebensdauer des heutigen Menschen im Gegensatz zu früheren Zeitläuften erwiesenermaßen eine längere ist. Auch daß die moderne Zivilisation vieles zu einer vernünftigeren Regelung und Auffassung der sexualen Probleme beigetragen hat (auch der Gegner der Psychoanalyse wird zugeben dürfen, daß Freud unter anderem das Verdienst zukommt, eine freiere und daher unter entsprechenden Kautelen auch vernünftigere Erörterung der sexualen Probleme ermöglicht zu haben), darf ebendieser Zivilisation als ein Aktivposten zugute gebucht werden. Es ist letzten Endes auch noch nicht ganz sicher erwiesen, ob die Zahl der Geisteskrankheiten sensu strictissimo — nicht zu verwechseln natürlich mit der Zahl der psychopathisch-neurotischen Reaktionen! — in der Gegenwart wirklich so sehr zugenommen habe; denn die Tatsache, daß die Zahl der anstaltsmäßig verpflegten Geisteskranken zugenommen hat, beweist ja vorerst nur, daß das Anstaltswesen im Gegensatz zu früheren Zeitläuften im ganzen trefflich ausgebaut ist! Immerhin ist mit Jaspers zuzugeben, daß das moderne Leben nicht bloß, wie früher betont, Hochwertige schädigt, sondern auch nicht wenige Minderwertige unter die Räder bringt, die in früheren, minderkomplizierten Zeitläuften immerhin noch unangefochten durchkommen konnten. Viele preisen auch den Komplex der sozialen Fürsorgemaßnahmen als eine wesentliche Errungenschaft der Zivilisationsmoderne, und gewiß ist nicht zu leugnen, daß sie ihre guten Seiten hat, wie dies insbesondere neuerdings wiederum von Riese und seinen Mitarbeitern stark unterstrichen worden ist. Leider aber erweist sich gerade auch wieder an dem Beispiele dieses Komplexes die Wahrheit des Dichterwortes: Vernunft wird Unsinn, Wohltat Plage . . .; zeigte und zeigt es sich doch alltätlich aufs Neue, in welch ungeheurem Ausmaße gerade Minusvarianten von der sozialen Gesetzgebung und den modernen Haftpflichtgesetzen profitieren, Minusvarianten ohne Unterschied der Klasse und Rasse, ja wie das bloße Vorhandensein dieser Gesetze auf breite Schichten korrumpierend und neurotisierend wirkt (Lieck, Feri, Stransky u. a.).

Nun nochmals einiges zu dem Einfluß der Führertypen, wie sie in der Zivilisationsmoderne tonangebend sind. Das Thema ist ja viel erörtert worden und auch im Rahmen dieses Referates ward

dieser keineswegs immer leidenschaftslos geführten Erörterung bereits gedacht. Viele meinen, unsere moderne Zivilisation sei gleich jeder anderen, die vor ihr war, und jeder, die nach ihr kommen werde, ein Produkt der Gesamtheit oder doch nationaler oder sozialer Gruppengesamtheiten; andere erklären sie in der Hauptsache für die Schöpfung einzelner ragender Köpfe und möchten dann diese sowohl für das Licht wie auch für den Schatten verantwortlich machen. Die Wahrheit liegt wohl hier wie meistens irgendwo in der Mitte. Es ist natürlich schon richtig, daß Führer im allgemeinen wohl nur sein kann, wer in seinem macht- und kraftvollen Streben sich in der Sehnsuchtslinie seiner Zeit hält (um dieses Wort Prinz-horns anzuwenden); indes, ist dann einmal auf solcher Gegebenheit eine Persönlichkeit Führer geworden, dann wirkt sie doch durch ihre machtvolle Autorität, durch die von ihr ausgehende suggestive Gewalt sehr stark auch wieder ihrerseits als aktiver Auslesefaktor auf die anderen zurück; und gibt sie durch ihre Reaktion eben ein pathologisches Vorbild, dann besteht unzweifelhaft die Gefahr seelischer Infektion bzw. Masseninfektion und damit gesundheitlicher Gefährdung des Seelenlebens ganzer Schichten, Epochen, Zivilisationen. Ja, es gibt sogar eine Fernwirkung nicht nur von Ideen, sondern auch von sie eskortierenden ungesunden Reaktionsweisen über Zeitalter hinweg, namentlich, wenn die als Rezeptoren solcher Fernwirkungen in Betracht kommenden Menschen, Menschengruppen, Schichten und Völker selber eine besondere Anfälligkeit hierfür zeigen. Hier erkennt man eben wiederum die Wechselwirkung zwischen Führenden und Geführten. Man erkennt aber auch, wie unter Umständen nicht nur durch ein Milieu, sondern auch durch starke Einzelne, die ihrerseits milieusetzend wirken können, unter bereits vorhandenen Anlagen Einzelner wie einer Gesamtheit eine Auslese getroffen werden kann. Man ist also wohl im nämlichen Sinne, wie dies etwa Hellpach oder Wagner-Jauregg meinen, berechtigt zu sagen, daß Anlagetheorie und Milieutheorie keineswegs unvereinbar miteinander seien, denn wenn auch das Milieu sehr vielfach anlagebedingt ist, so kann es doch auf der anderen Seite wiederum durch exogene Faktoren mitdeterminiert werden, die dann wiederum ihrerseits unter den vorhandenen Anlagen aktive Auslese treffen können. Und in diesem Sinne nun können angesichts der Anlagegemischtheit der erdrückenden Mehrheit der modernen Kulturmenschheit, Anlagegemischtheit sowohl in rassenmäßigem wie in medizinischem Sinne verstanden, unter Umständen auch abnorme Führernaturen, direkt wie indirekt, will sagen zielstrebig-aktiv wie

unfreiwillig-suggestiv, Gesellschaften und Zeitläufte nach ihrem ungesunden Ebenbilde beeinflussen. Mag es also vielleicht auch „erkenntnistheoretisch“ unzulässig sein, von kranken Zeitläufte zu sprechen, in biologischem Sinne ist es keineswegs unerlaubt; und für den Arzt dürfen niemals theoretisch-philosophische, sondern ausschließlich nur biologisch-medizinische Gesichtspunkte und Richtlinien bestimmend sein, auch wenn er angewandte Medizin, auch wenn er angewandte Pathologie betreibt: *Primum non nocere, sed adjuvare!* Und in diesem Sinne steht auch dem Psychiater, soferne er angewandte Psychopathologie betreibt, ein Werturteil zu, mögen gleich manche aus teils theoretisch, teils weltanschaulich fundierten Motiven (letztere meist unterbewußt wirksam) dagegen Einspruch erheben.

Erwähnen wir zum Schluß noch ein Moment, dessen Wertung freilich mehr der Rassenhygiene zusteht, welches aber indirekt doch auch vom Standpunkte angewandter Psychopathologie in die Wagschale fällt. Es ist zwar eine Tatsache, daß wohl auch ländliche und kleinstädtische Bevölkerungen keineswegs frei sind von körperlich und seelisch morbiden Anfälligkeiten, daß jedoch, wenigstens soferne ein Staatswesen in rationellem wirtschaftlichem Gleichgewichte sich befindet, seine Landbevölkerung im großen und ganzen eine leiblich und seelisch im Verhältnisse zur Städtebewohnerschaft gesündere Kräftereserve darstellt, insbesondere auch eine gesunde Propagationsreserve. Andererseits aber ist es ebensolche Tatsache, daß aus den allerverschiedensten teils hygienisch fundierten, teils ökonomisch bedingten Motiven, teils übrigens auch dank dem Einflusse überindividualistischer Propaganda unter beiden Geschlechtern die Großstadtbevölkerung quoad propagationem unter ungünstigere Bedingungen gesetzt erscheint und darum ungleich rascher ab- und ausstirbt als jene auf dem flachen Lande. Die moderne Großstadt- und Industriezivilisation zehrt sonach an der Substanz der Nation und zwar an der Substanz ihrer letzten Kraft- und Gesundheitsreserve, denn die Groß- und Industriestädte leben und wachsen ja erwiesenermaßen nicht aus sich selbst heraus, sondern durch den Massenzug von dem im gleichen Verhältnisse verödenden flachen Lande her. Auch das ist ein verhängnisvoller Nachteil der Zivilisationsmoderne.

Angewandte Psychopathologie vermag demnach reichlich auf die Quellen hinzuweisen, aus denen so vieles Übel unserer Zeit erfließt; allein mit solcher rein analytischer Arbeit scheint sie mir ihren Zweck nur zum Teile zu erfüllen. Oberster Zweck jeder Patho-

logie, auch wenn sie angewandte Pathologie ist, ist die Therapie, von welcher wiederum die Prophylaxe vielfach der wichtigste Teil ist. Indem der Psychiater als angewandter Psychopathologe besser und tiefer denn viele andere sieht, wo Gutes, wo Übles ist, soll er im Sinne wahrer aktiver Therapie sich auch nicht scheuen, als gewiß nicht zuletzt berufener Führer in bestem Sinne des Wortes zielstrebig ins Sehnsuchtsliniensystem unserer Zeit einzugreifen, mag es ihm auch zuweilen scheinen, daß das Pathologische in ihr, daß die pathologischen Einflüsse auf sie schon zu übermächtig geworden seien, um ihnen begegnen zu können. Möge er nicht vergessen, was ein geistreicher Psychologe (Hirt) und ein großer Psychiater (Wagner-Jauregg) übereinstimmend gesagt haben, nämlich, daß Belastung stets ein Korrelat habe, welches heiße: Entlastung. Und so möge der Psychiater die Quellen der Belastung, der angeborenen wie der erworbenen, gerade ihm so genau bekannt, zuschütten, jene der Entlastung aber erschließen helfen. Dies will mir tiefster und ethischster Sinn angewandter Psychopathologie erscheinen!

Psychotechnik und Psychopathologie.

Von

Prof. Dr. phil. J. SUTER,
Zürich.

Wenn sich wissenschaftliche Arbeitsgebiete unter dem Druck wachsender Arbeit spalten, so wird früher oder später die Bereinigung des Verhältnisses zueinander zum Bedürfnis. Das gilt ganz besonders für die angewandten, praktischen Wissenschaften. In dieser Lage befinden sich heute die praktischen Anwendungsgebiete der Psychologie und der Psychopathologie, die Psychotechnik und die Psychiatrie.

Noch zu Rud. H. Lotzes Zeiten, um die Mitte des vorigen Jahrhunderts, waren Psychologie und Psychopathologie akademisch vereint. Erst als unter W. Wundts Führung die experimentelle Forschungsarbeit der Psychologie international eine neue, wesentlich größere Plattform verschafften, ergab sich die Zweckmäßigkeit einer

systematischen Arbeitsteilung zwischen Psychologie und Psychopathologie. Während die Psychopathologie, dank ihrer alten fruchtbaren Beziehungen zur Physiologie und Anatomie schon von Anfang an zugleich praktisch und theoretisch selbständig weiterarbeiten konnte, entwickelte sich die Psychologie zunächst noch längere Zeit ausschließlich wissenschaftlich forschend weiter. Der Initiative zu einer „angewandten Psychologie“ setzte im psychologischen Lager erst in den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts ein (Ebbinghaus, Catell, Binet, William Stern, Meumann). William Stern umschrieb ihre Aufgaben als Menschenkenntnis (Diagnostik) einerseits und Menschenbehandlung (psychologische Pädagogik) andererseits¹⁾. Die kurz vor dem Weltkrieg erschienenen Publikationen Hugo Münsterbergs führten in der Folge zur Umtaufe der angewandten Psychologie, zum gebräuchlicher gewordenen Begriff „Psychotechnik“²⁾.

Die Parallele zwischen der Psychotechnik und der Psychiatrie ist offenkundig. Denn auch die Psychiatrie kennt als vornehmstes Ziel die Menschenkenntnis und die Menschenbehandlung, die Psychodiagnostik und die Psychotherapie. Gewiß hat die Psychotechnik nur den normalen Menschen als Objekt ihrer Dienstleistungen im Auge, während sich die Psychiatrie auf den geistig kranken Menschen konzentriert. Allein die Grenzen sind naturgemäß fließend, ganz abgesehen von der theoretischen Erwägung, daß es kaum „normale“ Menschen in dem Sinne geben dürfte, daß sie in jeder Hinsicht geistig die Durchschnittsbeschaffenheiten der Menschen überhaupt aufweisen würden. Praktisch liegen die Verhältnisse zwar insofern günstiger, als die geschulte Intuition innerhalb gewisser Grenzen die geistig Gesunden und Kranken in der Regel auseinanderhalten kann. Dies vorausgesetzt scheint sich die Abklärung zwischen der Arbeit des Psychotechnikers und des Psychiaters wenigstens praktisch ohne allzu große Schwierigkeiten finden zu lassen. Der eine beschränkt sich auf die offensichtlich normalen Individuen, der andere auf diejenigen mit tatsächlichen oder vorgestellten Anomalien. Im Zweifelsfall wird der Klient entweder vom einen zum andern verwiesen oder Psychotechniker und Psychiater wirken in solchen Fällen zusammen.

¹⁾ W. Stern, Die differentielle Psychologie in ihren methodischen Grundlagen. Leipzig 1911.

²⁾ Hugo Münsterberg, Psychologie und Wirtschaftsleben. Leipzig 1913. — Ferner: Grundzüge der Psychotechnik. Leipzig 1914.

In der Tat gibt es eine weitverbreitete Strömung in der Psychotechnik, für die sich das Problem der Arbeitsteilung und der gelegentlichen Zusammenarbeit mit der Psychiatrie in dieser einfachen Weise lösen läßt. Es ist jene Richtung, die bestrebt ist, ihre diagnostischen Urteile auf die objektiven Leistungen des Menschen zu gründen³⁾. Historisch fußt sie letzten Endes auf F. W. Taylor, dem Schöpfer des nach ihm benannten Taylorsystems, z. T. auch auf Münsterberg. Bei beiden stand das wirtschaftliche Problem „Der richtige Mann an den richtigen Ort“ im Vordergrund des Interesses. Der Psychotechnik fiel deshalb vor allem die Aufgabe zu, die Arbeits-eignung des Menschen durch entsprechende Prüfungen zu diagnostizieren. Dafür erwies sich die experimentelle Psychologie besonders geeignet, weil sie damals schon methodologisch so weit vorgeschritten war, daß sich mit ihrer Hilfe verhältnismäßig leicht brauchbare Prüfmöglichkeiten für verschiedene Berufe schaffen ließen. Für Münsterberg war die Hochschätzung der objektiven Leistungen anläßlich solcher Prüfungen typisch. Im Interesse einer unparteiischen Beurteilung läßt er Maß und Zahl allein über die Berufseignung entscheiden. Die Reaktionszeiten werden in Tausendstelsekunden gemessen, die vorkommenden Fehler addiert und prozentual berechnet. Wer bessere Leistungszahlen aufweist, gilt als entsprechend geeigneter als seine Konkurrenten.

Münsterberg hat weit herum Schule gemacht. In rascher Folge wurden in Deutschland, Frankreich, in den Vereinigten Staaten und schließlich in den meisten andern Kulturländern berufsanaloge Prüfungssituationen und Tests (Stichproben) zwecks Diagnostik der individuellen Berufseignung herausgearbeitet. Unter dem Einfluß der Erfahrung milderte sich im Laufe der Entwicklung dieser extrem objektive Standpunkt einer „angewandten Psychologie ohne Psychologie“ dahin, daß der psychologischen Beobachtung der Individuen ebenfalls Beachtung und ein gewisses Mitspracherecht eingeräumt wurde. Gleichwohl hat diese Richtung wenig Berührungspunkte mit der Psychopathologie und der Psychiatrie. Denn der Psychotechniker betrachtet es grundsätzlich nicht als seine Aufgabe, festzustellen, ob ein Individuum normal oder pathologisch sei. Schöpft er während einer Prüfung dennoch Verdacht oder kommt es später bei der praktischen Bewährung zu Beobachtungen nach dieser Richtung, so wird der Fall kurzerhand dem Psychiater zugewiesen.

³⁾ Vgl. W. Moede, Lehrbuch der Psychotechnik. Berlin 1930.

Bedeutsamer für das Verhältnis der Psychotechnik zur Psychiatrie ist jene andere psychotechnische Richtung, die **systematische psychologische Diagnosen der Individuen anstrebt**. Sie geht historisch in die ersten Zeiten des **Aufblühens der experimentalpsychologischen Forschung** zurück. Im Jahre 1890 hat ein amerikanischer Schüler Wundts namens Catell, erstmals den Versuch gemacht mit den Hilfsmitteln der experimentellen Psychologie den geistigen Habitus Jugendlicher zu bestimmen⁴⁾. Seine Anregungen fanden viel Beachtung und Nachfolger. Besonders bedeutsam wurden die Arbeiten des französischen Psychologen Alfred Binet und seiner Mitarbeiter Simon und Henri. Bekanntlich machte sich Binet im Jahre 1904 zur Aufgabe, mit Hilfe der Psychologie die geistig beschränkteren Schulkinder von den anderen zu sondern. Daraus erwuchs seine zu internationalem Ansehen gelangte Methode der psychologischen Begabungsdiagnose von Jugendlichen⁵⁾. Sie wird heute noch im Prinzip von Schulärzten und Schulpsychologen mit Vorliebe für die psychologische Untersuchung Jugendlicher verwendet. Eine große Anzahl ihrer Tests sind außerdem auch in das Requisit der Psychiater übergegangen⁶⁾. Binet ließ sich bekanntlich von der Absicht leiten, für jedes Lebensalter eine Anzahl geeigneter Aufgaben zusammenzustellen, aus deren Lösung ersichtlich sein soll, ob das geistige Niveau des Geprüften seiner Altersstufe entspricht, ihr voraneilt oder hinter ihr zurückbleibt. Solche Aufgaben dürfen sich nach Binet nicht auf rein körperliche Leistungen beziehen, denn die physiologischen und anatomischen Feststellungen sind Sache des Arztes. Sie dürfen auch nicht schulmäßig erworbene Kenntnisse prüfen; hierfür ist die pädagogische Kenntnisprüfung zuständig. Sondern die Tests müssen sich an die natürliche Intelligenz richten. Binet verlangt von dieser Prüfung grundsätzlich, daß sie individuell durchgeführt werde und daß namentlich das psychische Verhalten des Prüflings sorgfältig beachtet werde. Schließlich werden die so erhaltenen Ergebnisse in Beziehung zu denjenigen Gleichaltriger und von anderen Lebensaltern gesetzt. Im allgemeinen kann nach Binet ein Jugendlicher dann noch als normal gelten, wenn er nicht mehr als zwei Stufen hinter seinen Altersgenossen zurückbleibt.

⁴⁾ J. M. Catell, Mental Tests and Measurmens. Mind 1890.

⁵⁾ Binet et Simon, La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants. Paris 1917.

⁶⁾ Vgl. Stern u. Lippmann, Handbuch psychologischer Hilfsmittel der psychiatrischen Diagnostik. Leipzig 1922.

Dieser letztere Punkt ist in diesem Zusammenhang besonders deswegen interessant, weil hier ein Versuch vorliegt, mit den Hilfsmitteln der gewöhnlichen Psychologie zu entscheiden, ob ein Individuum noch als normal oder als anormal anzusehen ist. Um die Binetsche Methode noch ausgiebiger verwenden zu können, hat Terman in Amerika auch Tests für Erwachsene ausgearbeitet und zwar einerseits für normal entwickelte Erwachsene, andererseits für solche mit besonders hoher Begabung. Damit rückte man dem Ziele Binets noch näher, der psychologischen Diagnostik überhaupt.

Am weitesten in dieser Richtung ist heute die sog. Zürcher Schule vorgeschritten. Sie hat sich zwar im Anschluß an Münsterberg seit dem Jahre 1913 stetig entwickelt, sich aber im Unterschied dazu von Anfang an konsequent auf die systematische psychologische Beobachtung eingestellt, zu der die möglichen Tests und Aufgaben nur im Verhältnis des Mittels zum Zweck stehen. Wie Binet verlangt auch diese Methode unter allen Umständen die individuelle Prüfung durch einen psychologisch geschulten Prüfler und die Einhaltung aller methodologischen Regeln, die für psychologische Versuche überhaupt gelten. Unter systematischer Beobachtung wird aber von dieser Richtung außer dem methodologisch Selbstverständlichen auch die systematische Erfassung der psychischen Struktur des Individuums in der bei ihm vorhandenen Ausprägung verstanden. Aus der üblichen formalen Gliederung der Psyche durch die Psychologie in Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Wollen wurde ein Strukturbegriff entwickelt, der nicht nur den verschiedenen natürlichen Fähigkeiten, sondern auch den tiefer in der menschlichen Natur begründeten Charakterzügen Rechnung trägt. Dadurch erhält die psychotechnische Begutachtung eine umfassende Unterlage. Dazu kommt als neues wertvolles Moment der Verzicht auf feststehende Tests hinzu. Vom Prüfler muß zwar z. T. die Verwendung experimenteller Apparaturen (zur Prüfung der Wahrnehmungs- und elementaren Reaktionsfähigkeiten) verlangt werden; zum anderen muß er aber auch auf die elastische Anpassung der an die Intelligenz appellierenden Reize gemäß dem geistigen Habitus der Prüflinge geschult sein. Wie die reiche Erfahrung der psychotechnischen Institute in der Schweiz lehrt, ist es auf diese Weise möglich, in einer nach wenigen Stunden zählenden Untersuchung Persönlichkeitsanalysen zu gewinnen, die über die Beschaffenheit der geistigen Fähigkeiten und der wichtigsten, tiefer in der Persönlichkeit verankerten Charakterzüge gute Auskunft geben und nach den verschiedensten Richtungen ausgewertet werden

können. So vor allem im Hinblick auf die Berufseignung und die Erfolgsaussichten, soweit die Grundlagen dafür in der Natur der betreffenden Menschen liegen, ferner auch im Hinblick auf die Art, wie der Untersuchte pädagogisch am zweckmäßigsten geführt wird, und endlich im Hinblick darauf, wie er sich selbst oder wie andere ihn gegebenenfalls zu behandeln haben.

Hier bestehen nun sehr enge Berührungspunkte zwischen Psychotechnik und Psychiatrie. Wenn es auch dem geschulten Psychotechniker grundsätzlich nicht schwer fallen sollte, festzustellen, ob die Eigenart eines Prüflings in den verschiedenen Hinsichten dem Durchschnitt der Menschen entspricht oder davon abweicht, so gibt es doch Fälle pathologischer Art, die er nur von seinem Standpunkt aus als solche nicht richtig einschätzen kann. Dazu gehören z. B. die Schizoiden, Schizophrenen, Depressiven, Hysteriker, Epileptiker u. a. Hier liegt in der Tat ein Zustand vor, der einer Abklärung und Regelung bedarf.

Ausgesprochen zeigt sich dies auch im zweiten Hauptsektor der Psychotechnik, der Menschenbehandlung. Ein klassisches Beispiel psychotechnischer Menschenbehandlung bietet das Anlernen in der Industrie, im Handel, Verkehr und im Gewerbe. Die psychotechnische Vorarbeit hierfür besteht in einer Arbeitsanalyse und im Ausarbeiten eines rationellen Lehrplans, auf Grund dessen die Neulinge nachher angelernt werden. Hier kann es vorkommen, daß trotz richtiger Diagnose und richtiger pädagogischer Behandlung Einzelne früher oder später unerklärlicherweise versagen. Das Geheimnis lüftet sich nicht selten erst dann, wenn der Psychiater zugezogen wird. Das deutet darauf hin, daß durch rechtzeitigen Zutug des Psychiaters solche Mißerfolge im gleichgerichteten Interesse des Individuums und des Unternehmens wenigstens in vielen Fällen vermieden werden könnten.

Es gibt aber noch eine weitere Kategorie von Klienten, mit denen der Psychotechniker heute in wachsendem Umfang zu rechnen hat. Es sind jene Leute, die in der einen oder anderen Hinsicht Eigenarten haben, die vom Normalen abweichen; es liegt ihnen aber nicht, sich den Anschein des Anormalen zu geben und sich an den Psychiater zu wenden. Sie gehen deshalb zum Psychotechniker, der sie untersuchen und anleiten soll. Daß auch auf diesem Gebiete unzweckmäßige Eingriffe in die Domäne des Psychiaters vorkommen können, liegt auf der Hand.

So steht heute die Sachlage. Es ist vorauszusehen, daß diese Entwicklung vorwärtsschreiten wird, dank gewisser unbestreitbarer Erfolge der Psychotechnik und nicht zuletzt auch wegen der Scheu des Publikums, sich in Grenzfällen in psychiatrische Behandlung zu begeben. Wir stehen hier vor einer soziologischen Erscheinung, die sich nicht wohl wegdisputieren oder wegdekretieren läßt, dies um so weniger, als tatsächlich der psychologisch geschulte und erfahrene Psychotechniker in einer großen Zahl von Fällen wirklich helfen kann. Gewiß kann das Verhältnis zwischen Psychotechnik und Psychiatrie in der Praxis bei sachlich richtiger Einstellung, etwas Reserve und genügendem Takt zwischen den Beteiligten so gestaltet werden, daß sich gesunde Verhältnisse herausbilden, auf Grund deren sich später eine prinzipielle Grenzbereinigung leichter finden läßt. Trotzdem kommt man nicht darum herum, heute schon die positiven, wertvoll erscheinenden Möglichkeiten ins Auge zu fassen, um eine gesunde Abklärung auf der ganzen Linie zu beschleunigen.

Zusammenfassend sei vorerst festgestellt:

Die Psychotechnik ist eine stark aufstrebende junge Disziplin, deren natürlicher Mutterboden die Psychologie ist. Sie zeigt bereits da und dort bemerkenswerte Entwicklungsstadien und Leistungen nach den beiden wichtigsten in ihr liegenden Möglichkeiten: Menschenkenntnis und Menschenbehandlung.

Eine Parallele dazu stellt die Psychiatrie dar. Auch ihre vornehmsten Ziele sind Menschenkenntnis und Menschenbehandlung.

Da der Gegenstand der Psychotechnik und der Psychiatrie, nämlich die psychologisch bedürftigen Menschen, einem Spektrum vergleichbar ist, dessen auseinanderliegende Regionen des Normalen und Anormalen zwar deutlich unterscheidbar sind, aber durch unzählige fließende Übergänge ineinander übergehen, so ist eine klare Grenzbereinigung schwierig durchzuführen. Die Verantwortung gegenüber den Menschen, die der Psychotechnik oder der Psychiatrie bedürfen, legt gleichwohl das Anstreben einer Regelung des Verhältnisses zwischen Psychotechnik und Psychiatrie nahe.

Vom Standpunkt der Psychotechnik aus gesehen erscheinen folgende Wege als gangbar:

1. als grundsätzliche Regelung überhaupt, ohne Rücksicht auf das augenblicklich Dringlichste:
 - a) die Ertüchtigung des Psychotechnikers durch Einrichtung geeigneter wissenschaftlicher und praktischer Ausbildungs-

möglichkeiten und die Konzessionierung der praktischen Berufsausübung in Abhängigkeit von der Eignung und vom akademischen Reifezeugnis.

Diese Ausbildung soll sich in der Hauptsache auf Psychologie und Psychopathologie richten, aber die Grenzgebiete Pädagogik und Heilpädagogik einerseits und gewisse naturwissenschaftliche Fächer andererseits, vor allem Anthropologie und Biologie, gebührend mitberücksichtigen.

- b) Anzustreben ist eine engere Verbindung der wissenschaftlichen Disziplinen Psychologie und Psychopathologie, einerseits dadurch, daß den Studierenden das Studium beider Disziplinen zur Pflicht gemacht wird, andererseits vielleicht auch durch eine Umgruppierung der Fakultäten, indem die auf den Menschen sich beziehenden Disziplinen zu einer anthropologischen Fakultät vereinigt werden, in welcher Psychologen, Psychotechniker, Psychiater, Mediziner und Anthropologen systematische Schulung finden können.
- 2. Für die nähere Zukunft ist vor allem die Ertüchtigung der kommenden Generation von Psychotechnikern ein wichtiges Erfordernis. Sie läßt sich am wirksamsten herbeiführen durch die Schaffung von Lehrstühlen für Psychotechnik und durch die Aufstellung geeigneter Studiengänge.
- 3. Für die unmittelbare Gegenwart ist ebenfalls Ertüchtigung der Psychotechniker erstes Gebot. Da ihnen in ihrer Gesamtheit nicht wohl zugemutet werden kann, neuerdings systematische Studiengänge zu absolvieren, so ergibt sich als nächstliegende Möglichkeit lediglich die Organisation besonderer Kurse, die durch Psychologen, Psychotechniker und Psychopathologen zu leiten sind. Von solchen Kursen dürfte als wertvoller Nebeneffekt auch eine Verbesserung der Beziehungen zwischen den heute fast überall noch getrennt wirkenden Psychotechnikern und Psychiatern erwartet werden und daraus wieder eine Garantie mehr dafür, daß eine bestmögliche grundsätzliche Regelung in absehbarer Zeit zur Verwirklichung gelangt.

Psychiatrie und Strafrecht¹⁾.

Von

Prof. Dr. jur. SIEGFRIED TÜRKEL,

Wien.

Jede Handlung des Menschen hat eine objektive und eine subjektive Seite. In diesem Sinne unterscheidet man bei einer Verbrechenshandlung einen objektiven und einen subjektiven Tatbestand. Es gab Zeiten, in welchen das Vorliegen eines objektiven Tatbestandes als genügend erachtet wurde, um über ein Individuum Strafe zu verhängen. Von diesem Gesichtspunkte aus konnte gegen ein Kind, gegen einen Geisteskranken und auch gegen ein Tier ein Strafurteil gefällt werden. Bald aber rang sich die Erkenntnis durch, daß Strafe an einem Menschen nicht vollzogen werden kann, der nicht die Fähigkeit habe, „die sozialen Anforderungen richtig zu erkennen und dieser Erkenntnis gemäß zu handeln“ (— eine Fähigkeit, für welche sich, wie Finger ausführt, der sprachlich bedenkliche Ausdruck „Zurechnungsfähigkeit“ in Gesetzgebung und Wissenschaft einbürgerte —).

Aus der Geschichte des Strafrechtes wissen wir, daß die Strafrechtstheorien, „welche Grund und Zweck der Strafe zu erklären versuchen“, viel späteren Datums sind, als das tatsächliche „In-Erscheinungtreten“ der Strafe.

Unzählige solche Strafrechtstheorien sind uns aus der Literatur bekannt. Absolute Theorien, wie z. B. die Theorie der göttlichen, sittlichen oder rechtlichen Vergeltung, die Sühnetheorie, weiter relative Theorien, wie z. B. die General- und Spezialpräventions-, die Vergütungs- und Ersatztheorie. Weiter eine Reihe gemischter Theorien, welche verschiedene Gesichtspunkte der absoluten und relativen Theorien miteinander zu verbinden trachten.

Man versuchte nun dazu Stellung zu nehmen, inwiefern sich die Straflosigkeit des Geisteskranken mit jeder dieser Theorien vereinbaren lasse. Die Vergeltungstheorie stellt sich vielfach auf den Standpunkt, die Tat des Geisteskranken sei keine schuldhafte und es bestehe daher keine Notwendigkeit, Vergeltung zu üben. Die Spezialpräventionstheorie vertritt den Standpunkt, die Strafe könne

¹⁾ Dieses stenographische Excerpt des von Prof. Dr. Türk el erstatteten Korreferates ist nur eine gekürzte Wiedergabe der Ausführungen des Korreferenten, der im übrigen unter dem Titel „Psychiatrie und Strafrecht“ eine selbständige Arbeit erscheinen lassen wird.

einem Geisteskranken gegenüber Spezialprävention nicht erreichen und könne daher einem solchen Kranken gegenüber unterbleiben, weil sie ohnedies ihren Zweck nicht erfüllen würde. Die Generalpräventionstheorie wiederum nimmt an, gesunde Menschen würden es begreifen, daß ein Geisteskranker zwar straflos bleibe, sie selbst aber, wenn sie gegen das Gesetz verstoßen, der Strafe verfallen würden.

Schließlich sei noch die Theorie erwähnt, der Zweck der Strafe sei, die Gesellschaft vor dem Verbrecher zu schützen; die Strafe müsse daher der Gefährlichkeit des Individuums Rechnung tragen und solange dauern, als die Gemeingefährlichkeit des Verbrechers bestehe. Nach dieser Theorie wäre folgerichtig der gesellschaftsschädliche Mensch entsprechend zu verwahren, gleichgültig, ob von einem strafrechtlichen Verschulden gesprochen werden könne oder nicht.

Diese Ausführungen geben einen kurzen Überblick über die prinzipielle Stellung der Vertreter der einzelnen Strafrechtsschulen zu der Frage, ob und inwieweit den Geisteskranken Strafe treffen könne.

Wir wollen nunmehr diesen Gedankengang abbrechen und nach Art der vielfach üblichen „Darstellung geschichtlicher Ereignisse“ mit einem anderen Längsschnitt beginnen.

Dieser neue Längsschnitt wird sich mit jenen Fragen und Problemen beschäftigen, die auftauchen, sobald der Gesetzgeber an die Redaktion jener gesetzlichen Bestimmungen schreitet, welche die sogenannte „Zurechnungsfähigkeit“ gegenüber der sogenannten „Unzurechnungsfähigkeit“ abgrenzen sollen.

Bedarf es überhaupt einer näheren Begriffsbestimmung der Zurechnungsfähigkeit? Dies ist das erste, allerdings nicht gerade neue Problem, welches der Lösung durch den Gesetzgeber harrrt.

Von manchen Autoren wurde die Anschauung vertreten, es solle im Gesetz „zwecks freier Entscheidung des Richters im Einzelfalle“ von einer Begriffsbestimmung der Zurechnungsfähigkeit abgesehen werden. Andere nahmen dagegen den Standpunkt ein, ein derartiger Verzicht auf eine Begriffsbestimmung der Zurechnungsfähigkeit würde bedeuten, daß fortan die Frage nach der strafrechtlichen Verantwortlichkeit statt auf Grund des Gesetzes auf Grund des Gewohnheitsrechtes zur Entscheidung gelange. Praktisch wäre Rechtsunsicherheit und Willkür die Folge und diese Zustände würden bald die „reueige Rückkehr zu dem zeitweilig preisgegebenen Standpunkte“ erzwingen.

Die Kriterien der Zurechnungs- und der Unzurechnungsfähigkeit können von verschiedenen Gesichtspunkten aus erfaßt werden. Es gibt daher verschiedene Methoden, die Zurechnungs- und Unzurechnungsfähigkeit zu definieren bzw. zu umschreiben.

Die eine dieser Methoden, psychologische Methode genannt, bedient sich lediglich psychologischer Terminologie. Sie will die „seelischen Funktionen“, die „psychologischen Erscheinungen“ gewertet wissen, ohne auf den medizinischen Charakter der Störungen und Krankheiten näher einzugehen, durch welche diese Funktionen alteriert werden.

Bald hören wir in beinahe allen Ländern die Psychiater klagen, daß sie als Experten mit der „psychologischen“ Methode nichts anfangen können. Man ging daher zur Methode über, die Zurechnungs- bzw. Unzurechnungsfähigkeit nach rein medizinischen Gesichtspunkten zu umschreiben. Bald aber mußte man daran denken, ein Korrektiv zu finden, welches es dem Arzte möglich mache, das „in naturwissenschaftlicher Hinsicht von der Norm Abweichende“ von seinem Standpunkte aus als krankhaft zu bezeichnen, ohne daß dadurch leichtere Grade von Störungen oder auch nur Schwankungen im Seelenleben schon zu einem Exculpationsgrunde gestempelt würden.

Diesen Bedenken versucht die psychologisch-biologische Methode, die sogenannte „gemischte Methode“ Rechnung zu tragen, indem sie „medizinische“ und „psychologische“ Kriterien vereint.

Es tauchte nun aber die Frage auf, wie solche Kriminelle zu behandeln seien, deren Geistesdefekt die Verstand- oder Willenssphäre nicht so entscheidend beeinträchtigt, daß ihre Straflosigkeit gerechtfertigt wäre. In diesem Momente beginnt die Diskussion über den bis dahin in vielen Strafgesetzen noch nicht bekannten Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit.

Mit diesem Probleme der verminderten Zurechnungsfähigkeit beschäftigte sich insbesondere der 26. deutsche Juristentag. Und seither werden immer wieder Argumente für und gegen die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit vorgebracht.

In allen diesen Diskussionen wurde aber auch darauf hingewiesen, daß ein vermindert-zurechnungsfähiger Verbrecher ein sozial erhöht gefährlicher Mensch sei und daher eine, wenn auch individuell angepaßte, so doch wirksamere Maßnahme zum Schutze der Gesellschaft getroffen werden müsse.

Und wieder müssen wir einen neuen Längsschnitt beginnen.

Schon in mittelalterlichen Rechtsquellen wurde erwogen, ob ein Strafgesetz nicht auch Sicherungsmaßnahmen treffen könne, um einen Missetäter entsprechend unschädlich zu machen.

Die Aufklärungsbewegung führte dazu, das Problem „Strafe und sichernde Maßnahmen“ wieder aufzurollen. So hat z. B. E. F. Klein, der Schöpfer des strafrechtlichen Teiles des ALR, eine „Theorie der Sicherungsmittel“ entwickelt. Er unterscheidet „nach Art und Maß“ a) die im Urteil genau festzusetzenden Strafen, welche ihrem Wesen nach notwendig ein Übel enthalten, von b) den Sicherungsmitteln, deren Maß in Hinblick auf die kriminelle Gefährlichkeit des Täters zu bestimmen sei, die aber dem Täter nicht notwendig „empfindlich“ zu werden brauchen.

Diesen Ende des 18. Jahrhunderts von Klein ausgesprochenen Gedanken hat Stooß wieder aufgenommen.

Es werden nun insbesondere seither in der Literatur die Fragen vielfach erörtert: Soll Sicherung an Stelle der Strafe treten, soll sie neben der Strafe urteilsmäßig dekretiert werden, oder soll die Sicherung erst nach verbüßter Strafe verfügt werden und eintreten.

Birkmayer vertrat den Standpunkt, Strafe und Sicherungsmaßregel seien streng zu scheiden. Nach Liszt-Schmidt verhalten sich die beiden Rechtsinstitute Strafe und Sicherung wie zwei sich schneidende Kreise. Die reine Strafe und die reine sichernde Maßnahme stünden zueinander im Gegensatz. Innerhalb des ihnen gemeinsamen Gebietes aber könnte die sichernde Maßnahme an die Stelle der Strafe treten (mit ihr „vikariieren“) und umgekehrt („Sicherungsstrafe“) usw. usw.

Wir sind nun bei allen Längsschnitten, welche wir gezogen haben, an einem gemeinsamen Schnittpunkte derselben angelangt. Dieser Schnittpunkt stellt graphisch sozusagen jenen Moment dar, in welchem der österreichische und deutsche Strafgesetzentwurf in seiner letzten Fassung dem Parlament vorgelegt wurde.

Der österreichische Strafgesetzentwurf (49 der Beilagen Nationalrat III. Gesetzgebungsperiode) schlägt nachstehende Fassung vor:

„§ 12. Wer zur Zeit der Tat nicht zurechnungsfähig ist, ist nicht strafbar.

§ 13. Nicht zurechnungsfähig ist, wer zur Zeit der Tat wegen Bewußtseinsstörung, wegen krankhafter Störung der Geistestätigkeit

oder wegen Geistesschwäche unfähig ist, das Unrechtmäßige der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln. War die Fähigkeit zur Zeit der Tat aus einem dieser Gründe wesentlich vermindert, so kann die Strafe gemildert werden.

§ 14. Ein Taubstummer ist nicht zurechnungsfähig, wenn er in der geistigen Entwicklung zurückgeblieben und deshalb unfähig ist, das Unrechtmäßige der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§ 15. Als nicht zurechnungsfähig gilt das Kind. Unter welchen Voraussetzungen dem Jugendlichen eine Tat nicht zuzurechnen ist, bestimmt das Jugendgerichtsgesetz.“

Daß die Beurteilung des Geisteszustandes „in bezug auf die konkrete Tat“ dem Richter zur Pflicht gemacht werde, ist auf die Initiative der Psychiater zurückzuführen. Es ist damit dem allgemeinen Rechtsbewußtsein Rechnung getragen, das „unbestreitbar bei Beurteilung der Taten geistig Gestörter auf die Natur der konkreten Tat Rücksicht nimmt.“ „Es leuchtet dies z. B. sofort ein bei Betrachtung des Schwachsinnns. Ein Schwachsinniger kann in einer zum Handeln nötigenden schwierigen Lage oder im Falle einer Pflichtenkollision ganz unfähig sein, die richtige Lösung zu finden und so aus Mangel an Einsicht straffällig werden, während er in anderen Fällen die Strafbarkeit einer Handlung ganz gut einzusehen vermag“ (Wagner-Jauregg).

Der österreichische Strafgesetzentwurf bestimmt bezüglich der sichernden Maßnahmen im § 55: Maßregeln der Besserung und Sicherung seien: 1. Die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt, 2. die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt oder in einer Entziehungsanstalt, 3. die Unterbringung in einem Arbeitshaus, 4. die Sicherungsverwahrung, 5. die Schutzaufsicht, 6. die Verweisung aus dem Bundesgebiet.

Von besonderem Interesse sind die Bestimmungen der §§ 56, 57, 59, 60, 61, 62 und 63 des österreichischen Entwurfes. Es behandelt § 56: Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt; § 57: Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt oder in einer Entziehungsanstalt; § 59: Sicherungsverwahrung; § 60: Dauer der Unterbringung; § 61: Schutzaufsicht.

Ein Gegenstand lebhafter Diskussion zwischen Juristen und Irrenärzten war es, daß nach § 56 des österreichischen Entwurfes die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt vom Gericht

angeordnet werde; diese Unterbringung 3 Jahre nur dann übersteigen dürfe, wenn sie vom Gericht vor Ablauf dieser Frist von neuem angeordnet werde; der Untergebrachte, so lange die vom Gesetz oder vom Gericht festgesetzte Zeit der Unterbringung noch nicht abgelaufen sei, aus der Heil- und Pflegeanstalt nur mit Zustimmung des Gerichts entlassen werden dürfe.

Haben wir bisher nur Beziehungen der Psychiatrie zum Strafrecht (materiellen Strafrecht) erörtert, so müssen wir nunmehr auch von den Beziehungen der Psychiatrie zum Strafprozeßrechte („formellen Strafrecht“) sprechen.

§ 134 der österr. Strafprozeßordnung bestimmt genau, wann eine psychiatrische Untersuchung in einem Strafverfahren zu erfolgen habe; nämlich dann, wenn Zweifel darüber entstehen, ob der Beschuldigte den Gebrauch seiner Vernunft besitze, oder ob er an einer Geistesstörung leide, wodurch die Zurechnungsfähigkeit desselben aufgehoben sein könnte. (Vgl. § 2 des derzeit geltenden österr. St. G. B.)

Die Erfahrung lehrt, daß unsere Richter häufig in solchen Fällen an der Zurechnungsfähigkeit des Inkulpaten zweifeln, in welchen ein Anlaß zu solchen Zweifeln gar nicht gegeben erscheint; andererseits aber in Fällen, in welchen auch für den psychologisch gebildeten Laien der Bestand irgendeiner Geisteskrankheit evident zu sein scheint, noch immer nicht von Zweifeln geplagt werden.

Es soll an dieser Stelle insbesondere betont werden, daß in richterlichen Kreisen das Moment der Vererbung besonders überschätzt, hingegen die psychopathischen Symptome des einzelnen „Individuums selbst“ in ihrer Bedeutung oft unterschätzt werden.

Mit Recht hat daher Wagner-Jauregg in seinem Vortrage über „erbliche Belastung“ davon gesprochen, „erbliche Belastung“ sei ein Begriff geworden, mit dem sich heutzutage nicht nur die Ärzte, sondern die ganze gebildete und halbgebildete Welt beschäftige; ja, erbliche Belastung sei sogar mehr als ein Begriff, es sei ein Schlagwort geworden, dessen sich die meisten bedienen, ohne zu wissen, was das Wort eigentlich bedeute. Es gehe nicht an, die Menschen in Belastete und Unbelastete einzuteilen. Wir seien alle mehr oder weniger belastet, besonders im landläufigen Sinne dieses Wortes.

Weichen die Angaben der Sachverständigen über die von ihnen wahrgenommenen Tatsachen erheblich voneinander ab, oder ist ihr Befund dunkel, unbestimmt, im Widerspruche mit sich selbst oder mit erhobenen Tatumständen, oder ergeben sich solche Widersprüche

oder Mängel in bezug auf das Gutachten oder zeigt sich, daß es Schlüsse enthält, welche aus den angegebenen Vordersätzen nicht folgerichtig gezogen sind, so sollen diese Bedenken nach den Bestimmungen der österreichischen Strafprozeßordnung durch eine nochmalige Vernehmung der Sachverständigen beseitigt und der Augenschein unter Zuziehung derselben oder anderer Sachverständigen wiederholt bzw. das Gutachten eines anderen oder mehrerer anderer Sachverständigen eingeholt werden. Sind die Sachverständigen Ärzte oder Chemiker, so kann in solchen Fällen das Gutachten einer medizinischen Fakultät der Republik Österreich eingeholt werden. Dasselbe geschieht auch, wenn die Ratskammer die Einholung eines Fakultätsgutachtens wegen der Wichtigkeit oder Schwierigkeit des Falles nötig findet.

Alle diese bisher zitierten gesetzlichen Bestimmungen (§§ 134, 125 und 126 der österr. St.P.O.) verlangen nun vom Richter ein erhebliches Maß psychiatrischen Verständnisses. Mit Recht steht daher die kriminologische, psychologische und psychiatrische Ausbildung des Richters in den letzten Jahren zur Diskussion.

In den oben erwähnten §§ 125, 126 und 134 der österreichischen Strafprozeßordnung ist vielfach von den psychiatrischen „Sachverständigen“ die Rede. Es ergibt sich daher zwangsläufig die Frage, wer berufen ist, die Gutachten über den Geisteszustand eines Beschuldigten oder Angeklagten abzugeben. Ich will an dieser Stelle mich nicht in eine Erörterung des Problems „Parteiensachverständige“ oder „beamtete Sachverständige“ einlassen. Mit jenen Fragen aber müssen wir uns beschäftigen, welche in der letzten Zeit unter dem Titel „Neue Wege in der gerichtlichen Medizin“ auf wissenschaftlichen Tagungen und in der Literatur vielfach behandelt wurden.

Auf der 16. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin in Graz im September 1927 wurde von R. Kockel (Leipzig) und Fritz Reuter (Graz) über das Thema „Alte und neue Wege in der gerichtlichen Medizin“ referiert. Der Korreferent, Prof. Reuter, vertrat die Anschauung, es sei bedauerlich, daß über forensische Psychiatrie „außerhalb“ des gerichtlich-medizinischen Hauptkollegs gelesen werde.

Diese auch im Drucke publizierten Anschauungen haben unter Praktikern keineswegs ungeteilte Zustimmung gefunden. Es wird unter anderem eingewendet, die forense Erfahrung des Gerichtspsychiaters müsse mit der klinischen gepaart sein. Der Gerichtspsychiater müsse aber auch die Literatur sowohl der klinischen, als

der forensischen Psychiatrie beherrschen. Zu diesem klinischen Weiterstudium und zur Bewältigung der ins Unermeßliche anwachsenden Literatur genüge aber kaum die dem „Psychiater“ zur Verfügung stehende Zeit. Der gerichtliche Mediziner werde ohne Vernachlässigung seines Hauptfaches diese Arbeit gewiß nicht leisten können. Der Professor der gerichtlichen Medizin werde daher die Vorlesung über forense Psychiatrie nicht selbst halten und gewissenhafterweise psychiatrische Begutachtungen selbst nicht übernehmen. Es sei aber auch kein Anlaß vorhanden, die bisher meist an psychiatrischen Kliniken und Abteilungen sowie an Irrenanstalten angestellten Gerichtspsychiater als Assistenten oder Adjunkten den gerichtlich-medizinischen Instituten zuzuteilen. Es sei ganz unnötig, diesen wachsenden „Zweig der psychiatrischen Wissenschaft“ gewaltsam vom gesunden Baume abzureißen und ihn einem fremden Stamme aufzupropfen.

Aber auch über das sogenannte Fakultätsgutachten sollen einige Worte gesprochen werden. Es entspricht nicht mehr modernen Anschauungen, daß ein Elaborat einer Kunstgutachtenskommission in der Weise zustande kommt, daß dieser Kommission ein Referent und ein Korreferent ein Referat bzw. Korreferat über die von ihnen vorgenommene psychiatrische Untersuchung eines Beschuldigten oder Angeklagten erstatten und daß dann diese Kunstgutachtenskommission am grünen Tisch auf Grund dieses Referates und Korreferates Wortlaut und Tenor des Fakultätsgutachtens „beschließt“. Die gewichtigen, gegen eine solche Methode auftauchenden Bedenken werden auch dadurch nicht paralysiert, daß etwa jedem einzelnen der Mitglieder der Kunstgutachtenskommission theoretisch das Recht zustünde, den Inquisiten persönlich zu untersuchen. Solange eine solche Untersuchung durch alle Mitglieder der Kunstgutachtenskommission nicht obligat vorgeschrieben ist, werden die immer wieder von den verschiedensten Seiten geäußerten Bedenken gegen die „Technik der Fakultätsbegutachtung“ nicht verstummen. Mag es sich auch vielfach bei den Fakultätsgutachten scheinbar nur um eine prinzipielle Stellungnahme der Fakultät gewissen Problemen gegenüber handeln, niemals darf außer Acht gelassen werden, daß es in Wirklichkeit ein Individuum ist, welches zu begutachten ist und daß es sich nicht um eine allgemeine prinzipielle Frage handelt, zu welcher die Fakultät Stellung zu nehmen habe.

Aber auch andere Einwände werden gegen den § 126 der österreichischen Strafprozeßordnung erhoben. Nach § 249 der österreichi-

schen Strafprozeßordnung steht dem Vorsitzenden, den übrigen Mitgliedern des Gerichtshofes, dem Ankläger, dem Angeklagten, dem Privatbeteiligten und dem Vertreter des Angeklagten und des Privatbeteiligten das Recht zu, an jede zu vernehmende Person, also auch an Sachverständige, Fragen zu stellen. Der in der Praxis schon oft in Hauptverhandlungen gestellte Antrag auf „Ladung des Referenten und Korreferenten des Fakultätsgutachtens“ wurde jedoch stets mit der Begründung abgelehnt, daß das Fakultätsgutachten nicht vom Referenten und Korreferenten, sondern von der Fakultät selbst erstattet wurde, die Fakultät aber nicht geladen werden könne. Es gelangt also in der Verhandlung das Fakultätsgutachten bloß zur Verlesung und ist den Parteien jede Möglichkeit benommen, durch Fragestellung an den Referenten bzw. Korreferenten des Fakultätsgutachtens eine etwa noch notwendige Klärung oder Ergänzung herbeizuführen. Die Bestimmungen der österr. Strafprozeßordnung über das Fakultätsgutachten sind daher unvereinbarlich mit jenen Hauptgrundsätzen des Verfahrens, welche sonst in den Bestimmungen einer modernen Strafprozeßordnung zur Geltung gebracht werden wollen.

Aber nicht bloß im Rahmen der Voruntersuchung, der Hauptverhandlung, nicht bloß im Rechtsmittelverfahren, sondern auch von jenem Zeitpunkte an, in welchem der Angeklagte „rechtskräftig verurteilt“ seine Strafe angetreten hat, d. h. also auch während des Strafvollzuges, kann vielfach die Prüfung des Geisteszustandes eines Häftlings notwendig werden. Aus diesem Grunde wurde am Juristentag in Salzburg und auch sonst in der Literatur vielfach die Frage der kriminologischen, psychologischen und psychiatrischen Ausbildung des Strafvollzugsbeamten erörtert und weiteres angeregt, daß alle Ärzte der Strafanstalten eine gründliche psychiatrische Vorbildung erhalten sollen.

Die Öffentlichkeit, die Praktiker und Theoretiker unter den Juristen, die Strafvollzugsbeamten, die Psychiater, der Gesetzgeber und Kriminalpolitiker, sie alle haben ein Interesse daran, daß jene Probleme gründlich durchdacht und jene Fragen bestens gelöst werden, deren Erörterung auf diesem Kongresse kurz unter dem Titel „Psychiatrie und Strafrecht“ auf das Programm gesetzt wurden.

Die latenten metaphysischen Grundlagen der psychologischen Schulen¹⁾.

Von

Dr. ROBERT WÄLDER,

Wien.

Der Gegenstand dieses Referates betrifft, wie sein Titel sagt, Probleme der Metaphysik und man mag daher fragen, wie er zu den Beratungen dieses Kongresses gehört, die der Psychologie und Psychopathologie gewidmet sind. Wenn es aber richtig ist, was hier behauptet werden soll, daß die bestehenden psychologischen Schulen auf bestimmten impliziten metaphysischen Voraussetzungen beruhen, dann ist die Besinnung auf diese auch Sache des Psychologen und Psychopathologen, und es wäre ein der Verdrängung vergleichbares Beginnen, davon wegzusehen.

Man hat in der letzten Zeit schon von einer „Krise der Psychologie“ (K. Bühler) gesprochen. Eine Krise ist noch nicht damit allein gegeben, daß es in einer Wissenschaft verschiedene einander bekämpfende Meinungen gibt; das gehört zur lebendigen Arbeit und besagt noch keineswegs, daß die Verhältnisse in diesem Wissenschaftsgebiete kritisch seien. Aber der heutige Zustand der Psychologie ist, wie auch in dem obzitierten Werke Böhlers betont wird, keineswegs nur durch einen solchen Meinungsstreit gekennzeichnet; das entscheidende ist vielmehr, daß die verschiedenen Richtungen der Psychologie im wesentlichen gar nicht miteinander streiten, sondern aneinander vorbeistreiten, daß sie eine Sprache sprechen, die von der anderen Richtung nicht verstanden wird. In der Psychologie herrscht die babylonische Sprachverwirrung; das ist aber der Augenblick, in dem das Wort von einer Krise seine volle Berechtigung erhält.

Was bedeutet nun: eine andere Sprache sprechen? So lange man „mit“ einander kämpft und dabei in der Diskussion „zu einander“ spricht, diskutiert man vom Bestande eines gemeinsamen Bodens aus; wenn die Sprachverwirrung eine vollständige ist, so bedeutet das, daß dieser gemeinsame Boden geschwunden ist, oder mit

¹⁾ Dieses Referat enthält Auszüge aus dem 1. Kapitel einer in Vorbereitung befindlichen umfangreichen Arbeit über „Die Grundfragen der allgemeinen Psychologie“, die in zwei einleitenden Kapiteln „Die latenten ontologischen Grundlagen der psychologischen Schulen“ und „Das Problem der Wahrnehmung“ und in vier Kapiteln die anthropologischen Ideen (Die Freiheit, Die Zeit, Das Absolute, Das Nichts) behandeln will.

anderen Worten, wie wir zeigen wollen, daß die metaphysischen Voraussetzungen über die Aufgabe nicht mehr gemeinsam sind.

In den Naturwissenschaften in der eigentlichen Bedeutung des Wortes, d. h. in der Physik, mögen größte Umgestaltungen geschehen; die Erschütterung dringt darum doch nicht bis an diesen kritischen Punkt, denn über die metaphysische Natur des Gegenstandes der Physik besteht Einigkeit. Der Physiker hat es mit Dingen zu tun, die unter anderen Dingen vorhanden sind. Der Gegenstand der Forschung hat den ontologischen Charakter der Dinglichkeit, sein Sein ist das eines Dinges unter Dingen, eines Seienden neben anderem Seienden.

Wir können in der Psychologie eine naturwissenschaftliche Psychologie von den Psychologien unterscheiden, die wir ganz allgemein als nicht naturwissenschaftliche bezeichnen werden. Für die naturwissenschaftliche Psychologie ist entscheidend, daß sie für ihren „Gegenstand“ den ontologischen Charakter der Dinglichkeit voraussetzt, sie steht den Erscheinungen von außen gegenüber, nimmt sie als äußere, als Dinge, die nebeneinander als Material der Betrachtung da sind und sucht nun zwischen ihnen Gesetzmäßigkeiten aufzufinden oder theoretische Überblicke herzustellen. Demgegenüber gibt es dann nun Psychologien, die über diese Betrachtungsweise entscheidend hinausgehen. Sie nehmen das Seelische oder den Menschen nicht einfach als Seiendes neben anderem Seienden, sondern, wie wir vorläufig vorsichtig sagen wollen, als mehr. Sie schöpfen die Berechtigung dazu daraus, daß die Psychologie es ja mit einem Seienden zu tun hat, dem wir nicht bloß und wohl auch nicht primär von außen gegenüber stehen, wie dem Stein, dem Holz oder sonst der unbelebten Natur, sondern mit einem Seienden, das wir ja selbst sind. Dann handelt es sich darum, nach dem Worte Diltheys, das Leben nicht aus den Dingen, sondern aus sich selbst zu interpretieren, also nicht an puren Sachen gewonnene Kategorien auf das Leben zu übertragen, sondern aus dem Leben selbst die Gesichtspunkte zu finden, die zu seiner Interpretation dienen mögen²⁾. An dieses Beginnen schließt sich, andersgeartet, aber im scharfen Unterschied zur Interpretation des Lebens aus den Dingen mit ihm einig, die Interpretation des Lebens aus einer Übernatur an, wie sie etwa in der katholischen Psychologie unternommen wird.

²⁾ Darin liegt schon die ontologische Voraussetzung verborgen, das dem menschlichen Leben selbst ein wenn auch noch so verdecktes, wenn auch unausdrückliches Verständnis seiner selbst eigen ist.

In diesen nicht naturwissenschaftlichen Psychologien werden Erscheinungen gedeutet; jede Deutung setzt aber bereits eine Annahme über das Sein des Gegenstandes, den sie deutet, voraus. Diese Annahme ist metaphysisch, da sie empirisch nie bewiesen werden kann, sondern immer letzten Endes von der Deutung des empirischen Geschehens vorausgesetzt wird. Zur Veranschaulichung diene ein Gleichnis: Wenn ich Eingrabungen im Gestein als Keilschriften entziffern will, so muß ich eine Voraussetzung haben: daß es sich hier um Schriftzeichen von Menschen handelt und nicht etwa um Verwitterungserscheinungen im Gestein, und darüber hinaus, daß diese Menschen eine der unserigen ähnliche (oder in bestimmter Weise verschiedene) Kultur gehabt haben (also etwa auf einem Grabstein den Namen des Toten verzeichneten). Ohne eine solche Voraussetzung ist Entzifferung nicht möglich. In dem von uns besprochenen Falle der nicht naturwissenschaftlichen Psychologien handelt es sich um eine Voraussetzung über das Sein des menschlichen Daseins, sonach um eine ontologische Voraussetzung. Hierbei ist zu bemerken, daß diese Darstellung den Eindruck erwecken könnte, als ob eine solche Voraussetzung gemacht wird und nunmehr ähnlich, wie bei der Keilschriftenentzifferung, mit Hilfe dieser Voraussetzung eine Deutung der Erscheinungen vollzogen wird, immerhin aber derart, daß Erscheinung und Deutung voneinander verschieden und trennbar sind. Das ist aber nicht der Fall; die Deutung ist schon, wie wir wissen, in der Wahrnehmung selbst enthalten. Die ursprüngliche Wahrnehmung ist eine Vollwahrnehmung mit dem ganzen Bedeutungsgehalt und enthält schon Deutungen in sich; es wird nicht gedeutet, sondern geschaut. Damit hat schon auch die Wahrnehmung ontologische Voraussetzungen und darin liegt auch die Tatsache begründet, daß man psychologisch verschieden schauen kann, daß die Menschen gleichsam verschiedene Augen haben. Die Wahrnehmung des intersubjektiv verifizierbaren ist dabei eine Reduktion, ein später abgeleiteter und defizienter Modus der ursprünglichen Vollwahrnehmung.

Der Ausdruck „ontologisch“ ist dabei im Heideggerschen Sinne gebraucht und ist scharf von dem Begriff des ontischen unterschieden zu halten. Er betrifft nicht die Frage nach der Faktizität und nach dem effektiven Vorkommen, die als eine ontische zu gelten hat; er betrifft den *λόγος* des *ὄν*, die Seinsstruktur des Seienden.

In einer gegebenen Seinsweise kann es faktisch, d. h. ontisch, zum Verblassen, zur Entleerung, selbst zur Abwehr kommen; dennoch scheint die eigentliche Seinsweise auch noch durch diesen abkömm-

lichen Modus durch, ja, sie macht diesen als solchen erst möglich. An Stelle umfänglicher Umschreibungen sei das Wesen des hier gemeinten mit zwei Beispielen, einem exakten und einem mehr bei-
läufigen, dargestellt. Tillich sagt an einer Stelle: „Der Mensch muß fragen und muß fordern; er kann diesem Schicksal, das heißt dem Schicksal, Mensch zu sein, nicht entgehen. Wollte er nicht fragen, so wäre auch sein Nichtfragen Antwort auf eine Frage; wollte er nicht fordern, so wäre auch sein Nichtfordern Gehorsam gegen eine Forderung. Der Mensch handelt immer, auch wenn Nichthandeln der Inhalt seines Handelns ist.“ Hier erscheint also Fragen, Fordern, Handeln als dem Menschen ontologisch eigen; wo der Mensch dann faktisch nicht fragt, fordert, handelt, sind das defiziente Modi der ontologischen Struktur, sein Nichtfragen ist eben auch Antwort auf eine Frage. Weniger exakt wäre folgendes Beispiel: Wir nennen dumm nur Lebewesen, Menschen oder höhere Tiere, niemals einen Stein oder eine Pflanze; wir können also nur dort von Dummheit sprechen, wo Intelligenz zum Wesen des Seienden gehört. Wir könnten sagen: nur wo wir es ontologisch mit Intelligenz zu tun haben, kann Dummheit ontisch auftreten.

In diesem Sinne ist hier also das Ontologische gemeint. Die naturwissenschaftliche Psychologie macht, wie erwähnt, über ihren Gegenstand die Voraussetzung des ontologischen Charakters der Dinglichkeit. Für die nicht naturwissenschaftliche Psychologie ist das Sein des Daseins in irgendeinem Sinne mehr als nur das eines Dings unter Dingen.

Zur naturwissenschaftlichen Psychologie gehört die ganze Sinnespsychologie, ferner all das, was die ältere Assoziationspsychologie erarbeitet hat. Auch die Denkpsychologie hat, trotz erweiterten Gegenstands der Untersuchung und obwohl sie den Erlebenden zum Beobachter macht, die naturwissenschaftliche Sichtart prinzipiell nicht verlassen. Die Erlebnisse, die sie untersucht, werden von ihr doch wieder in Außensicht, wie Dinge unter Dingen, angesehen. Etwas Ähnliches gilt für die Gestaltpsychologie; die Frage, ob und inwiefern diese doch über diese Voraussetzungen hinausgeht, muß hier unerörtert bleiben. Eine Typenforschung wie die Kretschmers ist ebenfalls zur naturwissenschaftlichen Psychologie zu zählen.

Es kann vor allem festgestellt werden, daß, was immer geschieht, die naturwissenschaftliche Psychologie jedenfalls ihre Berechtigung behalten muß, denn wenn auch das Sein des Menschen nicht nur in dem einer Sache erschöpft ist, so ist der Mensch doch

jedenfalls unter anderem oder nebst anderem oder nach Entleerung seiner Vollstruktur auch Sache, die Dinglichkeit ist das, was unter Reduktion aller spezifischen ontologischen Bestimmungen übrig bleiben muß, sowie ja auch der menschliche Körper den physikalischen Gesetzen unterliegt, auch wenn er durch sie anscheinend nicht erschöpfend gebildet ist. Die naturwissenschaftliche Psychologie hat, wie man sodann jedenfalls sagen kann, um so mehr Berechtigung und ihr Fehler ist um so geringer, je peripherer das psychologische Problem gelagert ist, je weniger das eigentliche Sein des Menschen in ihm jeweils gerade hervortritt, je mehr wir es mit den Erstarrungsprodukten des Lebens zu tun haben. Die naturwissenschaftliche Psychologie tritt an den Menschen von außen, tritt so mit Recht an ihn und verliert von diesem Recht immer mehr, je mehr wir uns der eigentlichen Person nähern.

Unter den nicht naturwissenschaftlichen Psychologien sei zuerst die Psychoanalyse genannt. Es ist für sie charakteristisch, daß sie durch die Erscheinungen durch auf etwas, was hinter diesen Erscheinungen gelegen ist, zu schauen versucht. Das ist im Grunde die Sichtart der Romantik. In der Psychoanalyse hat sie eine topische und eine zeitliche Bedeutung; dieses Dahinter ist für sie die biologische Triebhaftigkeit und die individuell geschichtliche Lebensvergangenheit. Man kann als vorläufige Halbwahrheit sagen: das Sein des Menschen ist in der Psychoanalyse Getriebensein und geschichtliches Sein. Als Getriebensein ist dabei nicht ein Getriebensein von äußeren metaphysischen Mächten (wie z. B. des Guten und Bösen, Ormuzd und Ahriman), sondern von inneren biologisch zu verstehenden Trieben gemeint. Im geschichtlichen Sein ist in der Psychoanalyse ein bestimmter Ansatz der Geschichtlichkeit latent; es ist hier nicht die Zeit, ihn explizit klar herauszuarbeiten und von anderen Konzeptionen der Geschichtlichkeit, wie etwa von Marx, Dilthey-York, Bergson und Heidegger abzugrenzen. Es sei nur soviel gesagt, daß die Geschichtlichkeit der Psychoanalyse bedeutet, daß das, was heute lebendig ist, sich aus einem Gestern entwickelt hat, das seinerseits wieder aus seinem Gestern geworden ist und diesen Ursprung noch latent lebendig in sich trägt; daß das latente Fortleben der Vergangenheit und die Bereitschaft zum manifesten Wiederbeleben sowie die Bedeutung des konkreten Zeitpunktes eines Geschehens für das Ganze seiner Wirkung damit getroffen ist. Die Geschichtlichkeit im Sinne der Psychoanalyse ist ferner eine individuelle, zum Unterschied etwa zur Yorkschen, die die Einbettung des Einzeldaseins in die Wurzeln der (z. B. nationalen,

ständischen, familiären) Vergangenheit von Generationen und Jahrhunderten meint.

Erst auf Grund dieser beiden Voraussetzungen kann die Psychoanalyse im einzelnen Fall konkret deuten; erst wenn vorausgesetzt ist, daß das Sein dieses Seienden, an dem ich deute, des Menschen, ein Getriebensein, ein geschichtliches Sein ist, kann man vor der konkreten einzelnen Erscheinung fragen, von welchen Trieben getrieben und in welcher Geschichtlichkeit wurzelnd gerade diese Erscheinung entstanden ist und das sind offenbar die Fragen, welche die Psychoanalyse vor jedem speziellen konkreten Geschehen beantwortet. Die Formulierung, wie wir sie gegeben haben, wurde als vorläufige Halbwahrheit bezeichnet; denn noch haben wir nicht in Betracht gezogen, daß sich die Psychoanalyse nicht damit begnügt, Erscheinungen durch dieses Dahinter zu erklären, sondern daß sie auch zu heilen³⁾ und zwar mit Worten zu heilen beabsichtigt. Das bedeutet aber nichts anderes, als daß sie auch voraussetzt, daß der Mensch dieses Getriebensein auch überwinden und dieses geschichtliche Sein auch hinter sich zurückwerfen kann; sie nimmt aber keineswegs an, daß das in einer willkürlichen Freiheit des Menschen gelegen sei, sondern dieser Prozeß (der Heilungsprozeß) kann nur gelingen, wenn er in starken Triebbefriedigungen und wieder im geschichtlichen Boden Wurzeln faßt. Es handelt sich also offenbar nicht um diese beiden simplen Voraussetzungen in dieser einfachen Form, wie wir sie formuliert haben, sondern um kompliziertere dialektische Strukturen an beiden, beim Getriebensein sowohl wie beim geschichtlichen Sein. Wir wollen uns begnügen, dies vorderhand festzuhalten und später nochmal darauf zurückzukommen und eine exaktere Formulierung der latenten ontologischen Grundannahmen der Psychoanalyse zu geben.

Psychische Krankheit ist für die Psychoanalyse Produkt eines inneren Konfliktes. Es ist noch nicht ganz klar, worin es entscheidend begründet ist, daß ein Konflikt zwischen entgegengesetzten Tendenzen pathogen wird, scheint aber seine Triebgrundlage und seine historische Grundlage in einem zähen Festhalten und Nicht-verzichten-können auf Lustbefriedigungen, in einem Nicht-verlassen-können zu haben, also im amor sui, den die Psychoanalyse Narzißmus nennt.

³⁾ Die Psychoanalyse ist nun keineswegs etwa gleichsam zufällig „auch“ eine Therapie; es gehört das vielmehr zu ihrem Wesen und es wäre entwickelnde Abstraktion, sie in Lehre und Therapie spalten zu wollen.

In der Adlerschen Individualpsychologie ist das Sein des Menschen grundlegend angesetzt als Gerichtetsein. Die Erscheinungen werden daher interpretiert oder vielmehr so gesehen, daß durch sie durch auf die Richtungen der Persönlichkeit geschaut wird. Das Dasein ist seiner Zeitbeziehung nach dementsprechend nur in die Zukunft hineinlebend gedacht. Ein Analogon zum geschichtlichen Sein der Psychoanalyse gibt es in ihr nicht; die Vergangenheit hat nur die Bedeutung eines Ausdrucks der Persönlichkeitsrichtungen oder des Materials ihrer bisherigen (vielleicht „falschen“) Betätigung und keineswegs die Bedeutung einer kausalen Verursachung oder eines Bodens historischen Werdens. — Psychische Krankheit ist für die Individualpsychologie ein Arrangement, letzter Grund ein Überwiegen des Egoistisch-Selbstsüchtigen in der Persönlichkeitsrichtung.

Wir können hier sehr scharf den Unterschied erkennen. Ein Gerichtetsein im ontischen Sinne, als Faktizität, kennt auch die Psychoanalyse. Sie beschreibt es in ihrer Ichpsychologie, sie hat nie bezweifelt, daß der Mensch Richtungen hat, auf Ziele losgeht, nach Zwecken handelt. Aber diese Richtungen sind für sie nicht das letzte, sondern sie sind Ausdruck von etwas, was dahinter steht, einer vis a tergo, sie ergeben sich aus ihr als Verarbeitungen, höhere Ableitungen, Versuche innerer Gegenwehr, Reaktionsbildungen und anderes mehr, kurz: sind Modus des Getriebenseins. Umgekehrt kennt auch die Individualpsychologie das Getriebensein als faktisches Geschehen, aber für sie ist dieses Getriebensein nicht das letzte, sondern in den Trieben bekunden sich die Persönlichkeitsrichtungen, die Triebe sind ein Modus von deren Wirksamkeit. Bei Voraussetzung idealer Diskussionsgegner könnte eine Diskussion zwischen Psychoanalyse und Individualpsychologie derart verlaufen, daß Getriebensein und Gerichtetsein (Es und Ich der Psychoanalyse) als faktisches Geschehen von beiden als in der Wirklichkeit bestehend anerkannt wird und dennoch würde erst nach dieser Einräumung der Unterschied zwischen beiden in seiner vollen Unüberbrückbarkeit deutlich werden: daß das Gerichtetsein für die Psychoanalyse immer ein ontischer Modus des Getriebenseins, das Getriebensein für die Individualpsychologie immer ein ontischer Modus des Gerichtetseins ist; daß aber das Sein des Daseins ontologisch für die Psychoanalyse immer ein Getriebensein und für die Individualpsychologie ein Gerichtetsein bleibt.

Aus diesem Vergleich ergibt sich vielleicht schon das erste Strukturgesetz, das für nicht naturwissenschaftliche Psychologien gültig ist. Wir sehen an diesem Beispiel, daß das, was in der einen

Psychologie ontologische Voraussetzung ist, in einer anderen, die **Fakten** zu berücksichtigen genötigt ist, nur als ein ontischer **Modus** je ihrer ontologischen Struktur auftreten kann. Wir können daher sagen: wenn das, was eine nicht naturwissenschaftliche Psychologie als ontologische Grundlage angenommen hat, in einer anderen nicht naturwissenschaftlichen Psychologie auftritt, so kann es in diese andere nur als ontisches Geschehen Eingang finden.

Eine andere ontologische Voraussetzung ist wieder die der geisteswissenschaftlichen Psychologie, wie sie etwa von Spranger vertreten wird. Man könnte es etwa dahin formulieren: das Sein des Menschen ist ein Geprägtsein. Er wird geprägt von Gebilden und Strukturen des objektiven Geistes. Es ist nicht ganz deutlich, wie sich psychische Krankheit auf Grund dieser Psychologie vorstellt. Am ehesten wäre sie wohl als die Prägung auch eines bestimmten Bezirks objektiven Geistes aufzufassen; das individuell Bestimmende bleibt dabei (wie in der reinen geisteswissenschaftlichen Psychologie wohl auch sonst) ungeklärt.

Wir haben es nun mit einer Anzahl von Interpretationen zu tun, die die philosophische Anthropologie und die Existenzialphilosophie vom Sein des Menschen haben. Wir können dabei gewisse Typen innerhalb der Existenzialphilosophie unterscheiden. Da ist zuerst ein allgemeinster Ansatz über das Sein des Menschen, der dann ermöglicht, Reduktionen dieses Vollseins zu erfassen. Auf Grund dieser Voraussetzung können vornehmlich Abbauerscheinungen psychologisch erfaßt werden; sie spielen daher in der Psychologie der neurologischen Störungen eine Rolle. Das Vollsein des Menschen wird interpretiert als Vergegenständlichung (Scheler) der äußeren Objekte der Umwelt wie des eigenen Ichs, als eine über die Situationsbindungen hinausreichende Beziehung zum Nichtgegebenen, zum Geiste, zum nicht Wirklichen, sondern nur Möglichen; allgemeiner gesagt, als Transzendenz über die unmittelbaren Seinsbindungen, als Überstieg über die Situation, die Wahrnehmungsgegebenheit und über sich selbst, als Außer-sich-sein oder Ekstase. Hierher gehört die Erfassung der Umwelt als Welt, als unabhängig von der jeweiligen Triebbezogenheit Seiendes, der Dinge als Gegenstände, nicht nur Aktionsobjekte (Gelb); gehört die Darstellungsfunktion der Sprache, in der, wie Bühler gezeigt hat, das Charakteristische der Menschensprache zu suchen ist; gehört der Überstieg über sich selbst in der Fähigkeit der Ausschaltung des jeweiligen Standorts oder im Gewissen, Minderwertigkeitsgefühl oder Humor.

Wenn das Sein des Menschen so gesehen ist, können dann Störungen als mehr oder weniger weitgehender, als mehr oder weniger auf bestimmte Bereiche lokalisierter Abbau an diesem Vollsein erfaßt werden. Derart verstehen z. B. Head, van Woerkom, Gelb und Goldstein Erscheinungen der zentralen Aphasie. Wenn in einer Aphasie etwa die Sprache vor allem in ihrer Darstellungsfunktion betroffen ist (Jacksons darstellende Sprache); oder wenn Worte dann fehlen, wenn nach ihnen gefragt wird, während im lebendigen Situationszusammenhang über sie verfügt wird, so wird das und ähnliches dann als eine jeweils mehr oder weniger weitgehende Störung der Transzendenz, als Reduktion verstanden.

Während hier ein sehr allgemeiner Ansatz der Existenzialphilosophie vorliegt, ist der Kierkegaard-Heideggersche wesentlich konkreter. Das Außer-sich-sein des Menschen ist dadurch näher konkretisiert, daß der Mensch ein Selbst hat; das Selbst ist ein Verhältnis, das sich zu sich selbst verhält. Darin liegt die Möglichkeit, daß es zu sich selbst in einem Mißverhältnis sich verhalten kann. Von diesem Selbst kann sich das Dasein wegbewegen (das liegt im dialektischen Wesen des Selbst) oder kann sich ihm nähern, kann es loswerden wollen, ohne es je loswerden zu können, es kann dieses Selbst sein wollen und sich damit nur weiter von ihm in die Ferne bewegen. Oder es kann schließlich dieses Selbst auch wirklich werden, kann sich unendlich „übernehmen“, wenn es sich auf die Macht gründet, die dieses Selbst geschaffen hat, das heißt also gläubig ist. Im Heideggerschen Sinne: das Dasein kann sich auf die eigene Geworfenheit entwerfen. Das Dasein ist geworfener Entwurf. Psychische Krankheit ist im Kierkegaardschen Sinne Krankheit im Selbst, wenn dieses Selbst im Mißverhältnis zu sich selbst steht, was immer dann der Fall ist, wenn es sich nicht im „Glauben“ durchsichtig auf die Macht gründet, die es geschaffen hat. Krankheit ist also im letzten Grunde Ungläubigkeit.

Eine andere spezielle Form der Existenzialphilosophie tritt uns bei Jaspers entgegen. Das Außer-sich-sein des Daseins, sein Überstieg, tritt hier wesentlich in Erscheinung in der Möglichkeit, die Grenzsituation zu erleben, das heißt die Situation der nicht nur bedingten, relativen, sondern unbedingten, absoluten Bedrohtheit, in der das Dasein dem Nichts gegenüber steht. Die individuelle Persönlichkeit des Menschen ist bei Jaspers dann wesentlich zu verstehen als Reaktion auf die Grenzsituation, als Nichtsehen oder Ausweichen oder Sich-herumdrücken oder Anerkennung und kraftvolles Wachsen an ihr; im ganzen als die begrifflich nicht darstellbare, nur

anschaulich erfaßbare jeweilige Einheit vom Bau schützender Gehäuse, die zur Erstarrung tendieren, und von Auflösung. Psychische Krankheit ist ein Abgleiten von dem schmalen Grat der allein lebendigen Synthese, sie ist entweder eine volle Auflösung oder ein Gehäuse, das so fest und starr geworden ist, daß der Mensch aus ihm nicht mehr hinaustreten kann.

In all diesen Formen der Existenzialphilosophie, der allgemeinsten Fassung, der Kierkegaard-Heideggerschen und der Jasperschen Ausführungsform, ist das Sein des Daseins letzten Endes als Überstieg interpretiert.

An dieser Stelle sei auf ein spezielles Problem in der Heideggerschen Existenzialphilosophie hingewiesen, auf das Freiheitsproblem und seine dialektische Lösung, die es dort findet. Das Sein des Daseins ist Transzendenz. Zur Transzendenz gehört etwas, was übersteigt, etwas, was überstiegen wird und etwas, woraufzu der Überstieg erfolgt. Transzendent, übersteigend ist der Mensch; was überstiegen wird, ist das Seiende, einschließlich des menschlichen Daseins selbst. Das, woraufzu der Überstieg erfolgt, heißt bei Heidegger die Welt. Welt ist also nicht die Summe oder die Gesamtheit des Seienden, Welt ist auch nicht selbst ein Seiendes, sondern ist gerade definiert als das Woraufzu des Überstiegs. Alles Seiende, das der Mensch erlebt, einschließlich seiner selbst, erlebt er „in“ einer Welt; er entwirft diese seine Welt und hat alles Seiende immer schon vorgängig mit diesem Weltentwurf überworfen und zu ihr überstiegen. So ist die „Welt“ im Heideggerschen „In-der-Welt-sein“ des Daseins zu verstehen. Diese Transzendenz des Daseins ist aber nichts anderes als die Freiheit selbst. Freiheit bedeutet, daß der Mensch, im Gegensatz etwa zum Tiere und seinem unmittelbaren Verbundensein mit der Umwelt, alles Seiende und diese ganze Umwelt übersteigt oder vielmehr immer schon überstiegen hat zur Welt. Er erlebt es und sich selbst „in“ ihr und hat das Seiende immer schon mit ihr überworfen. Freiheit gründet die Welt. Mit guten Argumenten lehnt Heidegger jene Auffassung der Freiheit ab, die eine besondere Art von Kausalität, ein Von-selbst-anfangen meint. Denn dieses Von-selbst-anfangen setzt ja Selbstheit schon voraus, Selbstheit ist aber erst durch Transzendenz gegründet und darum ist die Transzendenz und jene Freiheit, die sie bedeutet, ursprünglicher als jede Freiheit im Sinne eines Von-selbst-anfangens.

Diese Freiheit aber hat auch ein Janusgesicht. Das Dasein übersteigt alles Seiende, einschließlich seiner selbst, zur Welt; es gründet

Welt. Gründen hat gleichursprünglich drei Bedeutungen: des Stiftens, des Boden-nehmens und des Begründens. Von diesen sind die ersten beiden im Augenblick für uns wichtig. Zum Überstieg gehört eben nicht nur das oben besprochene, sondern es gehört auch gleichursprünglich dazu, daß beim Überstieg im Seienden Boden genommen werden muß. Das aber ist das dialektische Gesicht der Freiheit; im Seienden gründend gründet Freiheit die Welt. Das Dasein ist frei, denn es ist in und durch Transzendenz Seiendes, es ist unfrei, weil es in der Transzendenz im Seienden Boden nimmt.

Dafür seien zwei konkrete Beispiele, ein mehr beiläufiges und ein exaktes, gegeben. Ein bestimmtes Weltbild, etwa ein materialistisches oder ein seelisch-kulturelles, ist ein Bild einer Welt, ein sehr bewußtes abkömmlisches und verarbeitetes freilich schon, zu der das Seiende überstieg wird; dabei hat es im Seienden Boden genommen: in der Materie respektive oder im Seelischen. Ein exakteres Beispiel ist der Psychoanalyse zu entnehmen. Auf der einen Seite hält die Psychoanalyse die Triebe und nur die Triebe für entscheidend für den seelischen Ablauf; auf der anderen Seite appelliert sie doch, insofern sie Heilmethode ist, mit Worten an den Menschen. Sie wendet sich sprechend und vergegenständlichend nur an sein Ich (in psychoanalytischer Terminologie gesprochen), und braucht doch ihrer eigenen Theorie zufolge eine Änderung im Es. Sie braucht zur Heilung den Überstieg über Triebhaftigkeit und Geschichtlichkeit. Der scheinbare Widerspruch, der in der Dialektik des Freiheitsproblems selbst gelegen ist, ist nunmehr einfach zu lösen. Der Mensch übersteigt sich selbst seinem Wesen nach, seiner ontologischen Struktur nach, und übersteigt damit auch seine eigene Triebhaftigkeit. Er kann sich über sein Getriebensein stellen. Und doch kann er das nur tun, wenn und insofern er dabei wieder in diesem Sein Boden nimmt, daß heißt also, insofern dieser Überstieg wiederum Triebbefriedigung bedeutet. Und der Mensch übersteigt sein geschichtliches Sein, kann aber das Fortleben der Vergangenheit nur überwinden, insoweit er dabei wieder in einer fortlebenden Vergangenheit Boden nehmen kann.

Wir haben oben bei der Beschreibung der ontologischen Voraussetzungen der Psychoanalyse offen gelassen, die ungenau bestimmte dialektische Struktur des Getriebenseins und des geschichtlichen Seins später genauer zu bestimmen. Hier ist die Stelle, um das Versäumte nachzuholen. Wir können uns nun nicht mehr mit der vorläufigen Halbwahrheit begnügen, daß das Sein des Daseins in der Psychoanalyse ein Getriebensein und ein geschichtliches Sein wäre.

Es ist vielmehr so, daß das Sein des Menschen der Überstieg über das Getriebensein und über das geschichtliche Sein ist, wenn uns auch faktisch ontisch diese Transzendenzstruktur vornehmlich nur in defizienten Modis begegnet, d. h. wenn auch der Mensch so oft nicht an der Grenze, sondern in einer Mitte lebt. Wir könnten die ontologische Voraussetzung der Psychoanalyse exakt so formulieren: das Sein des menschlichen Daseins ist Überstieg über Getriebensein und geschichtliches Sein, der jeweils im Getriebensein und im geschichtlichen Sein Boden nehmen muß. Damit rückt die Psychoanalyse in enge Nähe zur Existenzialphilosophie. Ihr charakteristischer Unterschied ist wohl in erster Linie die spezielle Fassung des Bodens, den das Dasein beim Überstieg nimmt, denn sie sieht diesen Boden ausschließlich als triebhaft-biologisch und individuell-geschichtlich an. Man könnte die Psychoanalyse geradezu als diejenige Psychologie bezeichnen, die den Boden, den das Dasein beim Überstieg nehmen muß, als triebhaft-biologischen und historischen ansetzt^{*)}.

Wir kehren nun zur Hauptlinie der Untersuchung zurück. Nach den besprochenen Formen der Existenzialphilosophie haben wir noch einer Abart zu gedenken, die von K. Goldstein vertreten wird. Auch Goldstein setzt das Sein des Menschen als Transzendenz an. Aber parallel zu diesem anthropologischen Deutungsschema geht bei Goldstein ein gestaltpsychologisches oder vielmehr gestaltbiologisches. Störungen, wie die der zentralen Aphasie sind nicht nur Störungen der Transzendenz, sondern ebenso sehr und zugleich Störungen in der Gestalterfassung. Unfähigkeit zu gewissen höheren Formen von Transzendenz ist zugleich Unfähigkeit zu komplizierteren Figur-Hintergrundbildungen. Die gestaltpsychologische Betrachtung entstammt der naturwissenschaftlichen Psychologie, sie nimmt ihren Gegenstand als Ding unter Dingen; die andere Betrachtungsweise hingegen entstammt der Existenzialphilosophie. Man mag die Frage nach der Vereinbarkeit der beiden Betrachtungsweisen aufwerfen, die sich bei Goldstein immer wieder durchdringen, geradezu als ob sie identisch wären. Was hat der Überstieg mit Gestalterfassung, was die Störung des Überstiegs mit Störung der Gestalterfassung zu tun? Wie gehört zur existenzialphilosophischen Interpretation die gestaltbiologische? Ihre Vereinbarkeit scheint uns im Goldsteinschen Weltbegriff zu liegen, der dem Heidegger-

^{*)} Auf den geheimen, aber im wesentlichen Kerne innigen Zusammenhang zwischen Existenzialphilosophie und Psychoanalyse hat bisher vor allem E. Przywara hingewiesen.

schen im wesentlichen analog ist, wenn er auch bei Goldstein keine Durcharbeitung gefunden hat. Welt haben heißt so viel wie übersteigen können und je weiter die Welt eines Menschen ist, desto umfassender kann er transzendieren. Andererseits ist Welt auch eine Ganzheit, eine vorgängig den Dingen überworfene Ganzheit; eine Einschränkung dieser Ganzheit kann daher auch Einschränkung im Ganzerfassen, also eine Gestaltstörung, bedeuten. Betrachten wir als Beispiel einen Gehirnkranken, der seine Einstellung nicht verlassen kann bis zur praktischen Erschöpfung oder bis er mit einer Katastrophenreaktion aus ihr herausgerissen wird. Das ist eine Transzendenzstörung; denn der Normale mag noch so intensiv in einer Situation leben, er hat sie doch immer überstiegen, sie ist für ihn „in“ einer Welt, durch die er dann in eine andere Situation hinüberwechseln kann. Für den als Beispiel herangezogenen Kranken ist die Situation selbst die Welt (daher die Starrheit, der Mangel an Freiheit, das Mechanische); die Überstiegsstörung ist Verlust oder Verengung von Welt. Der Verlust dieser übergeordneten Ganzheit Welt kann aber dann auch als Abbau der höchsten Gestalten, als Störung der kompliziertesten Figur-Hintergrundsbildungen betrachtet werden. Der Weltbegriff ist der Punkt, an dem beide heterogenen Betrachtungsweisen Goldsteins konvergieren⁵⁾.

Wir können nunmehr die ontologische Voraussetzung der Goldstein'schen Psychologie dahin formulieren, daß die anthropologisch-

⁵⁾ In diesem Weltbegriff liegen fruchtbare Möglichkeiten. Man kann zu jedem Menschen seine Welt, in der er lebt, bilden. Sie gibt die Weite seiner Transzendenz an. Des weiteren sei auf folgendes aufmerksam gemacht: gewisse Einschränkungen an Freiheit, eine Unfähigkeit oder Schwierigkeit von einer Einstellung in die andere hinüberzuwechseln, kann durch zwei verschiedene Umstände bedingt sein, durch eine wirkliche Einschränkung an Welt oder durch eine Konstanz des Bodens, der beim Überstieg genommen wird. Das erste liegt etwa beim oben erwähnten Gehirnverletzten vor: es fehlt ihm an Welt. Etwas anderes ist es aber, wenn die Welt und damit die Möglichkeit des Überstiegs da ist und nun beim Überstieg immer derselbe Boden genommen werden muß. Eine solche Bodenkonstanz scheint das wesentliche an der neurotischen, speziell zwangsneurotischen Klebrigkeit zu sein. Der Neurotiker übersteigt sich, er hat ja die Welt, aber sein Boden bleibt immer derselbe und so kommt die Trägheit und Klebrigkeit seiner Einstellungen zustande. Hierher gehört auch die wohlbekannte Erscheinung, daß ein Zwang nur durch wieder einen Zwang überwunden werden kann oder selbst die Heilung nur möglich wird, wenn die Gesundheit zum Zwang wird. Wenn das zum wenigsten im groben richtig ist, so wäre damit der nie bezweifelte und doch im einzelnen nicht recht verstandene Unterschied ähnlicher Erscheinungen bei Neurosen und bei neurologischen Störungen verstehbar.

existenzialphilosophische Deutung mit der gestaltbiologischen gleichsinnig sein muß, oder in einer Formel gesagt: das Sein des Daseins als Außer-sich-sein (also aus sich heraus interpretiert) ist strukturgleich seinem Sein als Ding unter Dingen.

Schließlich sei auf die Psychologie verwiesen, deren Grundlage der Katholizismus ist. Als Grundsicht wird hier das Sein zum Absoluten gedacht, das aber von diesem Absoluten her gestiftet ist. Es ist ein kreatürliches Sein, dessen inneren Spannungen in Zeit und Widerspruch gegenübersteht die Wesensidentität des absolut jenseitigen Gottes, der die Schöpfung als Analogie seines Seins geschaffen hat. Auch auf Grund dieser Voraussetzung über das Sein des Menschen ist eine konkrete Psychologie bis ins einzelne durchführbar und von der Theologie vielfach durchgeführt worden; es würde hier zu weit führen, sie uns in allen ihren Konsequenzen zu vergegenwärtigen. In Unterschied zu den früheren nicht naturwissenschaftlichen Psychologien steht hier nicht die Interpretation des Daseins aus sich selbst, sondern aus der Übernatur in Frage. Psychische Krankheit heißt für diese Auffassung letzten Endes das Göttliche in sich selbst suchen, eine Art geheimen Immanentismus.

Wenn wir uns an dieser Stelle an die oben gegebenen Darstellungen über das Wesen psychischer Krankheit in anderen psychologischen Schulen erinnern und sie mit der letzterwähnten Auffassung in der katholischen Psychologie vergleichen, so sehen wir, daß es sich in einer Reihe von ihnen um analogische Formulierungen handelt. Der Narzißmus der Psychoanalyse z. B., die übermäßige Liebe zu sich selbst, und der Immanentismus, der das Absolute statt im jenseitigen Gotte im Menschen selbst, im Geschöpf sucht, sind natürlich nicht dasselbe, aber sie tendieren auf die gleiche Erscheinung und meinen in ihrer verschiedenen ontologischen Sprache einen ähnlichen Kern.

Endlich sei an das früher erwähnte Strukturgesetz, das bestimmt, in welcher Form allein der ontologische Gehalt einer nicht naturwissenschaftlichen Psychologie in einer anderen nicht naturwissenschaftlichen Psychologie auftreten kann, noch ein zweites Strukturgesetz angeschlossen. Man kann sagen, daß der Widerstandsbegriff, der ursprünglich von der Psychoanalyse geprägt wurde, allen nicht naturwissenschaftlichen Psychologien wesensmäßig eigen ist. Denn überall dort, wo wir unseren Gegenstand nicht mehr von außen ansehen als Ding unter Dingen, sondern ihn aus seiner Seinsweise heraus interpretieren, müssen wir uns mit der Tatsache auseinander-

setzen, daß unsere Interpretation nicht von allen Menschen in gleicher Weise gebilligt und geteilt wird, wie das bei Betrachtungen der Fall ist, die auf Grund des ontologischen Charakters der Dinglichkeit angestellt werden. Wir müssen uns dann eben auf Grund unserer jeweiligen Voraussetzungen mit dieser Tatsache in der Weise abfinden, daß wir das einsichtslose Verhalten dieses Teiles der Menschen eben aus ihrem speziellen Sein heraus auf Grund unserer Voraussetzungen verstehen; z. B. in der Psychoanalyse, die den Widerstandsbegriff in die neuere Psychologie eingeführt hat, als triebhafte Ablehnung der Wahrheit zufolge individueller Triebkonstellation verstehen. Der analoge Begriff wäre in der Individualpsychologie die Sicherung, die nicht preisgegeben werden will, in der geisteswissenschaftlichen Psychologie die Nichtrealisierung eines Gebildes (und damit die Unmöglichkeit eines Verständnisses für dieses Gebilde). In der Existenzialphilosophie allgemeinsten Fassung müssen wir Fehlen des Vollseins annehmen. In der Kierkegaard'schen Ausprägung ist Verzweiflung, in der der Mensch lebt, „sein eigener Hehler“ ist, der entsprechende Begriff, bei Jaspers wäre es die Tendenz, fest im Gehäuse zu bleiben. Die katholische Psychologie beschreibt die entsprechenden Phänomene von altersher als Verschließung gegen Gott und als Versuchung.

Wir sehen damit den obigen Satz bestätigt: ein Widerstandsbegriff ist wesensgesetzlich jeder nicht naturwissenschaftlichen Psychologie eigen.

Führen die Überlegungen, die wir angestellt haben, zu einem Relativismus? Gibt es also an Stelle einer Psychologie verschiedene Psychologien und kann man auf Grund verschiedener ontologischer Voraussetzungen in konsequenter Ausführung verschiedene Psychologien gleichberechtigt aufbauen? Wir meinen das nicht. So viele Ontologien des Menschen es bisher implizit oder explizit gegeben hat, es muß doch eine die wahre sein. Diese wahre Ontologie könnte in einer schon entwickelten zu suchen sein, oder sie könnte umfassender sein, könnte die Grundlagen der schon entwickelten als Modi in sich enthalten. Was andere psychologischen Schulen an Tatsachen erarbeitet haben, wird aber dann nicht verloren gehen, es wird in die Psychologie, die auf Grund der schließlichen, richtigen Ontologie aufgebaut ist, eingehen, wenn auch freilich nach unserem ersten Strukturgesetz teilweise nur als ontischer Modus.

Wir fassen sonach die Hauptpunkte zusammen. Während die naturwissenschaftliche Psychologie für ihren Gegenstand den ontologischen Charakter der Dinglichkeit ansetzt, haben die nicht natur-

wissenschaftlichen Psychologien darüber hinausgehende Voraussetzungen über das Sein des Menschen, auf Grund deren sie die konkreten einzelnen Vorgänge deuten. Die Deutung ist schon in der Wahrnehmung enthalten, die Vollwahrnehmung hat daher ihren Gegenstand vorgängig mit einer ontologischen Voraussetzung überworfen. Wir haben versucht, die letzten ontologischen Voraussetzungen der Psychoanalyse, der Adlerschen Individualpsychologie, der geisteswissenschaftlichen Psychologie, der Existenzialphilosophie in ihren verschiedenen Formen und der katholischen Psychologie explizit herauszuarbeiten und haben zwei Wesensgesetze über die Beziehungen der nicht naturwissenschaftlichen Psychologien untereinander und über die Ubiquität des Widerstandsbegriffes in ihnen aufzustellen versucht. Im Rahmen dieses Referats in beschränkter Zeit konnten naturgemäß nur Bruchstücke gegeben werden und wir konnten nicht umhin, an einzelnen Stellen über noch problematisches hinwegzugehen oder gelegentlich bewußt zu vereinfachen. Wenn es gelungen ist, zu zeigen, wohin die Betrachtung des metaphysischen Gehalts der psychologischen Schulen führen kann, so ist die Aufgabe, die sich das Referat gestellt hat, doch nicht unerfüllt geblieben.

•

Vorträge.

Der neurotische Stil.

Von

Dr. PAUL FEDERN,

Wien.

„Schreiben können“ heißt, seine Gedanken so mitteilen, daß sie der Leser genau und richtig kennen lernt. Damit der Leser sie aber auch richtig verstehe und aufnehme und sie behalten und verarbeiten könne, dazu gehört mehr als die bloße „richtige“ Mitteilung. Daß die Vorbildung des Lesenden genügend sein muß, ist eine Bedingung, die nicht vom Schreibenden abhängt, die aber auch von ihm berücksichtigt werden muß. Es ist schwerer, gemeinverständlich zu schreiben, als für Berufsgenossen, und das Schreiben wird um so leichter, je mehr der Beruf zum Fache, zum Spezialfach, zur Spezialrichtung im Fache sich einschränkt. Der Psychoanalytiker aber begegnet täglich der wichtigsten Bedingung, von der die Aufnahme und das Verstehenkönnen abhängen, es ist der affektive Widerstand. Dieser tritt beim Patienten und Leser in gleicher Weise auf. Zu seiner Überwindung ist die bloß richtige Darstellung des Gegenstandes unzureichend; man muß, wenn man seine Mitteilung verstanden, nicht nur kennen gelernt haben will, die Widerstände berücksichtigen. Die genaueste Argumentation kann aber nur gegen Widerstände wirken, die nach Inhalt, Ursache und Herkunft und auch in ihrer vollen Intensität dem Leser bewußt sind. Wenn der Widerstand bewußt ist, so kann man trotz desselben die Mitteilung verstehen, sie unter dem Druck des bewußten Widerstandes ablehnen und diesen selbst rationalisieren. Bei unbewußtem Widerstande mißlingt aber das Verstehen.

In reziproker Anwendung gilt das Gesagte auch vom Schreibenden selbst. Bei einem unbewußten Widerstand gegen das, was man schreibt, wird es schwer, sich verständlich zu machen. Wenn es sich aber um neurotische Widerstände handelt, also um solche, bei

denen die Verdrängung der widerstrebenden Gegenströmung nicht voll gelungen ist, kommen bestimmte Störungen zustande, die mir einer genauen psychoanalytischen Untersuchung wert waren. Ich kam zu dieser Arbeit dadurch, daß die Fehler im Stile mich an bestimmte Arten von Störungen erinnerten, die man bei der Psychoanalyse als Zeichen von Widerständen besonderer Art findet. Daraus schloß ich, daß diese Stilstörungen von gleicher Herkunft seien. Bald wurde ich sicher, daß es sich um neurotische Stilstörungen handelt. Ihre spezielle Schilderung würde aber die Mitteilung von Beispielen mit deren Analyse verlangen. Das würde den Rahmen dieses Referates weit überschreiten. Ich werde deshalb diesen speziellen psychoanalytischen Gegenstand in einer psychoanalytischen Zeitschrift darstellen und hier nur ein Autoreferat darüber bringen.

Während die direkte Untersuchung des normalen Stils die Schaffung einer psychoanalytischen Charakter- und Ausdruckslehre zur Voraussetzung hätte, verspricht uns der hier eingeschlagene Weg indirekt auch Belehrung über den normalen Stil. Wie sonst bei psychoanalytischen Untersuchungen suchen wir zuerst Sinn und genetische Ursache der Störungen, um die Norm als breite Mittellage zwischen den verschiedenen Störungen zu erkennen. Da aber eine Neurose nicht nur die Art des Ausdrucks, sondern den Charakter selbst, wenigstens im gebräuchlichen weiteren Sinne des Wortes — ändert, so ergänzt meine Mitteilung auch jene Untersuchungen, welche den Charakter aus dem Stile ergründen wollten.

Einige sehr große Schriftsteller haben dies in polemischer und erzieherischer Absicht getan. Von deutschen Schriftstellern haben vor allem Schopenhauer, Nietzsche und Karl Kraus im Stile von Autoren den Ausdruck von Unreife, Verlogenheit, Feigheit und Gemeinheit nachgewiesen. Voll Liebe und Verehrung für das Wunderwerk der deutschen Sprache wecken sie das Sprachgewissen jener, welche berufsmäßig zu schreiben haben. Die Beherrschung der Sprachregel genügt nicht, auch nicht die der Stilgesetze. Der Autor muß in dem, was er zu sagen hat, eine ehrliche und entschiedene Meinung erarbeitet haben. Mit psychoanalytischer Methode wurde bis nun der Stil eines angesehenen Mannes untersucht, Woodrow Wilsons. Das Resultat der Untersuchung ist so überzeugend, daß die Methode gewiß wiederum benützt und weiter verbessert werden wird. Hales, der Sekretär Wilsons, hatte Grund, sich am Präsidenten wegen Gedankenraubs zu rächen. Er schrieb deshalb „The history of a style“. Unter anderem zählt er die Adjektiva und attribu-

tiven Wendungen im Verhältnis zu den Verben aus und zählt die grundlosen Wiederholungen und die nichtssagenden Abstrakta. Er verfolgt alle wiederkehrenden Gedankengänge, die nur schwulstig ein Schlagwort umschreiben, analysiert inhaltlich die gewählten Abstrakta und Schlagworte selbst und kommt zu dem Schlusse: Aus all dem sprechen Gedankenleere, Vorliebe für inhaltlose suggestible Phrasen und starker Narzißmus, der das Objektinteresse überwiegt. Daß der Charakter dieses Stils schon in der Studentenzeit sich zu erkennen gab, und Persönlichkeit und Stil sich parallel entwickelten, wird zu beweisen versucht. Meine eigenen Untersuchungen sind nicht polemisch; im Gegenteil kann, wie so oft, auch hier die psychoanalytische Methode zu großem Teile „exkulpieren“. Sie findet neurotische Ursachen für ein schlechtes Schreiben, wo Schopenhauer einfach festgestellt hätte, daß sich Unwissenheit, Verlogenheit und „Schurkentum“ hinter ihm verbergen.

Mit dem Eingreifen der Psychoanalyse wird der neurotisch schlechte Stil etwas Heilbares. Schon lange wissen wir Analytiker, daß oft als Nebengewinn einer Heilung eine völlige Änderung der Schreibweise erworben wird. Befreiung von Angst und Überwindung der Ambivalenz erlauben eine wahrhafte und eindeutige Ausdrucksweise in Sprache und Schrift. Seit einigen Jahren habe ich manche Autoren mit gutem Erfolge auf ihre Stilneurose aufmerksam gemacht. In diesen günstig verlaufenden und noch mehr in refraktären Fällen zeigte sich zunächst der abwehrende Widerstand. Die Abwehr ist so heftig gegenüber der objektiven Gleichgültigkeit einer Korrektur, die Empfindlichkeit zuerst so übertrieben, daß dadurch allein bereits die Komplexbedingtheit der Stilstörung zu erkennen ist. Und wie in der wirklichen Psychoanalyse läßt der Widerstand von selbst nach, wenn es sich um einen aktuell gesteigerten Komplex handelt. Regelmäßig wird der zuerst ungläubig und selbst erbost gewesene Stilneurotiker bereit, bei sich und noch mehr bei anderen die neurotischen Zeichen zu entdecken, nachdem die Einsicht, die er so ungern von mir empfangen hat, ihm nach der Passage seines Unbewußten wie spontan als eigener Fund wiederkehrte.

Mein Untersuchungsmaterial erhielt ich durch die vielen Manuskripte, die ich als Herausgeber, Redakteur und Lektor lesen mußte. Solche Schriftstücke sind weniger korrigiert und gefeilt, als die zum Druck gebrachte endgültige Form. In den gedruckten Zeitschriften und Büchern finden sich aber die gleichen Störungen in geringerer Zahl. Die Autoren sind Männer und Frauen mit Hochschulbildung, also solche, die den Kulturschatz der Wissenschaft zu wahren haben

und zu mehrern suchen. Dichter und Literaten sind nicht unter den unabsichtlich zu Untersuchungsobjekten gewordenen Mitarbeitern. Dennoch waren zahlreiche Arbeiten als normal und nicht neurotisch zu bezeichnen. Wenn die Mehrzahl der Arbeiten gehäufte neurotische Störungen zeigte, so müssen die Autoren mit dem Maßstabe der Praxis gemessen, trotzdem nicht Neurotiker sein. Aus Gründen, die wir noch besprechen werden, ist das Publizieren besonders geeignet, sonst nicht störende Komplexe wirksam werden zu lassen. Andererseits wissen wir, daß die Neurosen die verbreitetsten Kulturkrankheiten sind, deren geziehen zu werden, sich niemand zu schämen braucht. Es dürfte ebenso schwer sein, das Hemd des Unneurotischen zu finden wie das des Glücklichen.

Man wird einwenden, daß unsere Kollegen die Sache und nicht die Form im Auge haben; sie seien ohne Interesse für Sprache und Stil und geben sich gar keine Mühe, gut zu schreiben. Es handelt sich aber nicht um die Vortrefflichkeit des Stils, sondern um seine Ungestörtheit. Die bestehende Gleichgültigkeit gegenüber der Sprache hat den entgegengesetzten Einfluß, als der Einwand annimmt. Viele Autoren, die sonst neurotisch schreiben würden, bewahren sich davor dadurch, daß sie eine Mimikry im Schreiben angenommen haben, eine weitschweifige, unpersönliche Art, die in ihrer Ganzheit der Abwehr aller persönlichen Beziehung zu Thema und Publikum dient. Auch hier kann daher die soziale Neurose die der Individuen ersparen. Aber völlig entgeht doch niemand den Fanggruben der Neurose oder der vorübergehend neurosemäßig wirkenden aktuellen Konflikte.

Das wissen wir bereits durch die von Freud entdeckte Psychopathologie des Alltagslebens. Die Irrtümer im Schreiben, das Verschreiben, die Verwechslungen, Umstellungen, Auslassungen, Wiederholungen entstehen dann, wenn verdrängte Regungen sich störend durchsetzen, ebenso wie die Fehlleistungen im Lesen, Sprechen und Zuhören. Solche Entgleisungen beweisen, wenn sie gehäuft auftreten, einen aktuell gestörten Zustand des Schreibenden. Jede für sich zeigt die Nähe eines Komplexes an. Für den schreibenden Autor wirken sie wie Ventile, durch die verdrängte Kräfte einen Ausweg finden, ohne andere Störungen des Stils zu bewirken. Wer solche Fehlleistungen beachtet, kann durch ihre Analyse unbewußte oder aktuell unbewußt gewordene Schwierigkeiten, die der Gegenstand ihm machte, kennen lernen, bevor er das „Imprimatur“ erteilt.

Ich will nur ein Beispiel von komplexgestörter Stilisierung geben und wähle eine Störung, welche jedem auffallen muß, geringe psycho-

analytische Kenntnisse voraussetzt und keine genauere Untersuchung der Komplexstörung verlangt. In einer ärztlichen Zeitung findet sich in einem Berichte über Verhandlungen mit einer Krankenkasse folgender Satz: „Es fand eine erste Besprechung statt, bei der sich zeigte, daß die Kasse C. geneigt ist, die in dem mit der Kasse A. festgelegten und auch in dem Vertragsentwurf mit der Kasse B übernommenen prinzipiellen Bestimmungen zu akzeptieren, welche geeignet erscheinen, das System der freien Ärztwahl zu sichern und zu verbessern.“ Jeder Leser wird den Satz schlecht geschrieben finden. Könnte er hier ohne unbewußten Widerstand den Stand der Verhandlungen einfach mitteilen, so würde er schreiben: „Bei der ersten Besprechung zeigte sich der Vertreter der Kasse C. geneigt, die prinzipiellen Bestimmungen, welche die freie Ärztwahl sichern und verbessern, aus dem Vertrage mit der Kasse A. und dem Vertragsentwurf mit der Kasse B. anzunehmen.“ In meiner Fassung genügen 34 Worte, die des Autors zählt 48 Worte. Meine Fassung hat einen Hauptsatz, der Neues mitteilt und einen Nebensatz, der erinnert, um welches bekannte Thema es sich handelt. Der Autor bringt die neue Mitteilung in einem dreimal subordinierten Nebensatze und schachtelt vor dem bloß in Erinnerung gebrachten Gegenstand eine überflüssige Nebensatzkonstruktion ein.

Die Abwehr des Gegenstandes zeigt sich im Hinausschieben der Mitteilung. Kompensierend wird unpersönlich mit „Es zeigte sich, daß . . .“ begonnen, und in Form einer Tatsachenmitteilung möglichst lange nichts gesagt. In Fällen, die der persönlichen Analyse zugänglich sind, kann man die Bestätigung dieser Begründung vom Analysierten erhalten.

Wir haben einen nicht gelungenen, aber doch begonnenen phobischen Mechanismus vor uns. Er gelingt nicht, weil der Wille des Schreibenden die Aufgabe der logischen Mitteilung doch durchgesetzt hat; sein Gegenwunsch wäre, lieber auf das Thema nicht einzugehen. So entsteht das zögernde Kompromiß, das sich deshalb nur im Stile äußert und nicht im Inhalte, weil die Tatsachen selbst unzweifelhaft gesagt werden mußten. Wo das nicht der Fall ist, zeigt sich der Gegenwunsch in der ganz überflüssigen Anwendung einer abschwächenden konjunktivalen Form des Zeitwortes, oder durch Einfügung eines verallgemeinernden Wortes. Namentlich wird das Wort „irgendein“ sehr häufig unrichtig angewendet, wenn es sich um etwas handelt, was in jedem einzelnen Falle ganz bestimmt ist. Statt der abschwächenden Form, oft auch mit ihr zusammen, wird sehr oft eines der Worte „sicher“, „offenbar“, „zweifello“, „unbedingt“ ge-

braucht. Wo man wirklich berechtigt wäre, diese Worte zu verwenden, braucht man sie fast niemals hinzusetzen, weil der Leser durch die Argumente überzeugt werden konnte. Wenn in der Psychoanalyse der Patient ohne Not allgemeine Worte, betuernde oder versichernde Flickworte, meist gehäuft, anwendet, wird der Psychoanalytiker instinktiv oder bewußter Weise darauf aufmerksam, daß ein ungelöster Widerstand da ist. In analoger Weise sei man skeptisch gegenüber der Richtigkeit einer geschriebenen Mitteilung, oder der Sicherheit des Autors in bezug auf das Mitgeteilte, wenn dieser ohne dringenden Anlaß betuernde Worte gebraucht.

Anders zu beurteilen sind neurotische Stilstörungen, die in der gleichen Form immer wieder auftreten. Dann braucht die einzelne Störung nicht jedesmal mit dem Thema in Verbindung zu stehen; sondern sie zeigen zusammen eine bestehende Neurose an, oder aber auch nur, daß das Schreiben für den Autor eine konfliktvolle Aufgabe bedeutet, daß er also an einer dauernden und allgemeinen oder nur an einer akuten „Mitteilungsneurose“ leidet.

Immer gehört zur Neurose, daß der Widerstand gegen das zu Schreibende oder gegen das Schreiben überhaupt unbewußt sei. Es können sich in der Wahl der Worte, in der Behandlung von Thema und Publikum Ehrgeiz, Eitelkeit, Narzismus, Herrschsucht, Haß oder Verachtung zeigen; der Stil wird dadurch sehr beeinflußt, ohne daß es zu den neurotischen Störungen kommt. Der bewußt Ambitiöse schreibt ungestört durch seine Ambition. Allerdings ist gerade die Ambition, diese Mischung von Eitelkeit und Ehrgeiz, meist noch viel größer, als dem Autor bewußt ist. Kommt nun noch die Gegenströmung hinzu, nicht ambitiös zu erscheinen, dann wird der Stil doch in störender Art beeinflußt. Am häufigsten kämpfen bei jeder Art zu publizieren die Zeigelust und die Scham, sich zu zeigen (Zeigefurcht), miteinander. Und zwar beruhigen sich die Konflikte zwischen Instinkt und Reaktion meistens, nachdem die ersten Abschnitte geschrieben sind, teils weil man sich an die Situation, vor ein Publikum treten zu müssen, gewöhnt hat, teils weil sich der unbewußte Konflikt in Fehlleistungen und neurotischen Störungen erledigt hat, bis er wieder durch die Annäherung an einen Komplex aktuell wird.

Wir sehen auch hier die allgemeine psychoanalytische Erfahrung bestätigt, daß das Mißlingen der Verdrängung zur Neurose führt. Deshalb gibt es zwei Arten, der Neurose und dem reaktiven Selbstverrat zu entgehen: Die Verdrängung muß aufgehoben werden oder sie muß gelungen sein. Aber unerwartet und trotz aller Aufmerksamkeit kann ein neuerliches Mißlingen, freilich immer nur aus wichtigen

Gründen, die seelische Ordnung und, in unserem Falle, den Stil stören. Die Störung zu Beginn des Schreibens sollte viele Autoren veranlassen, die ersten Seiten ihrer Manuskripte nur als schriftliches Selbstgespräch und als Stilübung zu betrachten; da das nicht immer geschieht, sind grade sie mit neurotischen Zügen durchsetzt. Wir dürfen daher kein Druckwerk nach dem ersten Abschnitt beurteilen und es etwa unter dem Eindruck des unsicheren Stils beiseite legen. Es ist ein allgemeiner Brauch, mit der Anführung von Befunden, Erklärungen und Theorien anderer Autoren zu beginnen. So schließt man sich seinen Vorgängern an und hat objektiv zu berichten. Aber das Subjektive macht sich auch in solchen Einleitungen nur zu oft störend bemerkbar. Demnach ist beim Schreiben die gleiche Befangenheit vorhanden — zwar geringer, aber dafür im Druck verewigt —, die auch geübte Vortragende am Anfang des Sprechens verspüren und zeigen. In beiden Fällen ist das Publikum der äußere, die übertriebene narzistische Besetzung des Publikums der innere Faktor, der die Befangenheit und beim Bestehen einer narzistischen Neurose das Lampenfieber entstehen lassen. Alle Befangenheit hört auf, sobald die narzistische Besetzung durch die objektlibidinöse ersetzt ist. Sie hat sowohl den Gegenstand als den Hörer, beziehungsweise in geringerem Grade den Leser zu erfassen. Auch beim Schreiben gelingt das schwerer, wenn einem die Publizität zu wichtig ist. Solange beide Besetzungen oszillieren, ist man noch durch sie befangen, und es machen sich Komplexstörungen um so eher geltend. Manche Autoren können leicht Neues mitteilen, andere sind gerade dazu fast unfähig, oder müssen sich sehr dazu zwingen. Diesen Unterschied klärt die Psychoanalyse auf. Sofort ist der Stil neuerdings gestört, wenn das Wissen unsicher wurde oder wenn fremdes geistiges Eigentum für eigenes ausgegeben wird. Die weit verbreitete Gewissenlosigkeit in bezug auf Diebstahl geistigen Eigentums schützt nicht davor. Wir berühren das Thema des unbewußten Plagiats, müssen aber abbrechen und wollen nur kurz die häufigsten Störungen, nach den benützten Mechanismen gesondert, aufzählen. Die speziellen Zeichen, durch welche sich der Sadismus, die anale Komponente und der Masochismus im Stile äußern, lasse ich unbesprochen.

Bisher fand ich folgende Störungen: 1. Unvollendete Verdichtung — 2. unvollendete Ablösung vom früheren Gegenstande — 3. der einfache phobische Mechanismus — 4. der alternierende phobische Mechanismus — 5. zwanghaftes Festhalten eines Ersatzbegriffes, dazu gehört auch — 6. Übertreibung des Gegensätzlichen — 7. Flucht in Verallgemeinerung — 8. Umkehrung als unvollendete paranoide

Projektion — 9. überflüssige Einschlebung der indirekten Darstellung, meist durch angedeutete hysterische Phantasie oder durch hysterische Identifizierung bedingt. Diese Form benützt verschiedene Methoden der Synthese.

Wie neurotische Symptome durch bestimmte Mechanismen entstehen, so auch die Stilstörungen; diese sind aber keine vollendeten Symptome; die Mechanismen werden nicht vollendet. Das Schreiben leistet dem Schreibenden denselben Dienst in ungebundener, lässiger Art, wie die Psychoanalyse dem Analysierten. Die Möglichkeit, beim Schreiben den Abwehrmechanismen nachzugeben, verhütet die Symptombildung, und läßt doch, allerdings erst nach der Befriedigung der Abwehr, die richtige Assoziation finden. Der Schreibende hat es besser als der Sprechende, denn dieser muß sofort entscheidend das Wort wählen. Deshalb kommen beim Sprechen leichter Fehlleistungen vor. Stilstörungen treten auch beim Redner auf, in mildester Form als unscharfe oder falsche Betonungen, meist in Verbindung mit Flickworten und Flicksätzen.

Meine Untersuchungen sind nicht dem Wunsche entsprungen, Detektiv zu spielen oder psychoanalytische Überlegenheit zu zeigen. Der richtige Ausdruck in Sprache und Schrift ist für uns Bedürfnis, und ist auch Bedingung, daß man ehrlich arbeite und publiziere. Zu diesem Zwecke muß vor allem die von pädagogischer Seite wiederholt gestellte Forderung erfüllt werden, daß von der ersten Volksschulklasse bis zur Dozenturarbeit niemand über Dinge zu schreiben gezwungen werde, für die er nicht reif ist, auch wenn deshalb der deutsche Aufsatz in seiner heutigen Form ganz verschwinden müßte. Vor allem darf er nicht zensuriert¹⁾ werden, denn die Note zwingt den Schüler, auch zu schreiben, wenn er nichts zu sagen hat.

Individuell gibt die Analyse der Stilstörungen jedem die Möglichkeit, selbst darauf aufmerksam zu werden, daß er durch einen Mangel im sachlichen Wissen oder durch affektive Voreingenommenheit gestört wird oder daß er sich noch nicht zur Klarheit durchgerungen hat.

¹⁾ In der österreichischen Volksschule werden die deutschen Aufsätze nicht mehr zensuriert.

Zur Psychologie der Ausdrucksbewegung.

Von

AUGUSTE FLACH,

Wien.

Im täglichen Leben verständigen wir uns immer wieder durch Ausdrucksbewegungen. Fragt man aber einen Psychologen, wieso das kommt, so bleibt er uns die Antwort schuldig. Diese Frage nun: Woran hängt der Sinn einer Ausdrucksbewegung, ist mir zum Problem einer experimental-psychologischen Untersuchung geworden. Das Studium von Ausdrucksbewegungen hat immer daran gelitten, daß der affektive Zustand, der dabei Voraussetzung ist, sich nur schwer oder gar nicht experimentell erzeugen läßt. Ich habe diese Schwierigkeit dadurch umgangen, daß ich meinen Versuchspersonen Aufgaben stellte, in denen sie sich in fiktive Situation versetzen mußten und aus diesen heraus kam es dann zu der erforderlichen Affektentwicklung und gleichzeitig zur Ausdrucksbewegung. Das waren nur allerdings nicht Ausdrucksbewegungen im strengen Sinn, weil sie nicht spontan erfolgten. Es hat sich aber im Verlauf der Versuche aufs deutlichste gezeigt, daß auch Ausdrucksbewegungen, welche aus einer solchen Situation hervorgehen, von genau derselben Art sind, wie die spontanen und sich von allen willkürlichen und allen unechten Gebärden, die bloß Ausdrucksbewegungen vortäuschen sollen, vollkommen klar unterscheiden. In ungefähr 200 Protokollen sind die Aussagen der Versuchspersonen, aber auch ihre Beobachtung von seiten des Versuchsleiters, niedergelegt.

Es ist immerhin auffallend, daß verschiedene Menschen, sich der gleichen Geste bedienen, sobald sie einer Gemütsbewegung Ausdruck geben. Denken Sie an das Zucken mit der Schulter oder dem Ellenbogen beim Trotz oder an die verschiedenen Stellungen der Hände bei der Bitte. Derartige Formen von Bewegungen will ich Bewegungsbilder nennen. Wie steht es mit diesen Formen? Sind es bloß konventionelle Symbole der Verständigung über Gemütsbewegungen oder besteht zwischen einem solchen Bewegungsbild und dem Sinn der Bewegung ein tieferer, wesensmäßiger Zusammenhang? Zur Beantwortung dieser Frage habe ich mehrere Versuchsreihen durchgeführt und möchte Ihnen an einer von ihnen, welche der Bittbewegung gewidmet war, das wesentlichste demonstrieren. In diesen Versuchen zeigte es sich immer wieder: daß das bloß äußere Bewegungsbild die sichtbare Geste für sich allein noch keineswegs den

Ausdruckssinn der Bitte ausmacht, wenn das Erlebnis des Bittens nicht mitgegeben ist. Wenn ich ohne bittend zu fühlen, bloß die Hand erhoben habe, mit dem Handteller nach oben, wird das für niemand, der es sieht, unbedingt gerade „bitte“ sein müssen; es werden sich für den Beschauer an dieses Symbol verschiedene Deutungen knüpfen: es könnte Bitte sein, könnte aber auch sein, daß ich hier etwas auf dem Handteller trage, oder erwarte, etwas zu empfangen. Und so war es bei all den verschiedenen Bittstellungen, wenn die Versuchspersonen sie einnahmen, ohne sich bittend zu verhalten; da zeigte es sich, daß das Bewegungsbild als solches gar nicht eindeutig ist, und zwar weder für den Erlebenden noch für den Beschauer. Eindeutig und überzeugend wird es erst, wenn es erfüllt ist, von der *Dynamik der Bewegung*. Diese Dynamik wird im Falle der Bitte von allen Versuchspersonen ausnahmslos in übereinstimmender Weise beschrieben. Sie schildern: wie im bittenden Verhalten ein Ausspannen im Körper einsetzt, ein Zug, wie die Versuchspersonen es nennen. Diese Spannung bleibt nicht auf eine bestimmte Körperpartie beschränkt, sondern geht allmählich auf mehrere Partien des Körpers über, wir sagen, daß sie einen Verlauf hat. Diesen dynamischen Verlauf darf man aber keineswegs als einen bloß physiologischen, eine bloße Muskelanspannung verstehen; er ist auch nicht lediglich als das Bewußtwerden einer Muskelanspannung gemeint; sondern mit dem Anspannen der Muskel wird auch immer ein seelisches Streben erlebt, ja dieses Anspannen schließt dieses Streben ein, das sich auf diese Weise ausdrückt und realisiert; und das dadurch, daß man sich an den körperlichen Vorgang ganz hingibt, ihn miterlebt, nicht bloß wahrnimmt, daß man sich mit dieser körperlichen Spannung seelisch identifiziert.

Es zeigt sich, daß seelisches und körperliches hier so sehr zusammen wirkt, daß diese Anspannung und ihr spezifischer Verlauf im Körper nur dann auftritt, wenn sich die Versuchsperson wirklich bittend verhält. Ist dies aber der Fall, so ist mit der seelischen Situation des Bittens dieser ganz charakteristische, motorische Ablauf zwangsläufig verbunden.

Wir haben alle erdenklichen Arten von Bittbewegungen untersucht. Es zeigt sich, daß jede Nuancierung in bittendem Verhalten im motorischen Ablauf sich auswirkt, wobei die Versuchsperson in dieser Art der Auswirkung die notwendige Entsprechung für ihr Verhalten sieht. So wird die demütige Bitte keine so starke Steigerung aufweisen, wie beispielsweise die flehentliche Bitte. Was aber die verschiedenen Arten der Bitte, die innige, flehentliche, gemeinsam

haben, das ist die charakteristische Eigenart des Gesamtverlaufes, das konstante Verhältnis von Ansatz, Steigerung und Höhepunkt. Der Verlauf der Spannungsänderung ist immer der gleiche: von einem dosierten Ansatz über eine allmähliche, kontinuierliche Steigerung zu einem gehaltenen Höhepunkt. Der seelische Akt des Bittens steht in engster Korrelation zur Entfaltung dieser Dynamik. Dieses Aus-sich-herausgehen, den anderen bestimmen wollen, entfaltet sich in — und mit der Steigerung der Spannung. Sobald diese Steigerung ihren Höhepunkt gefunden, also der motorische Verlauf sich voll entfaltet hat, endet die Aktion des Bittens.

Es ist die Art des Gesamtverlaufes, die eine solche Bewegung charakterisiert, denn es liegt im Wesen der Steigerung und Entfaltung dieser Dynamik, daß sie in jedem kleinsten Raum und Zeitteil eine andere wird und wir sie darum erst dann als Bitte erkennen können, wenn sie zu Ende ist. Machen wir willkürlich an irgendeiner Stelle einen Schnitt, so ist dieser Abschnitt noch nicht eindeutig ausdrucksbestimmt. Darum mußten alle bisherigen Versuche, das Wesen der Ausdrucksbewegung an Hand photographischer Wiedergabe zu fassen, scheitern. So hat Krukenberg in seinem Buch „Der Gesichtsausdruck des Menschen“ gezeigt, daß der Ausdruck des Schrecks durch eine Momentphotographie nicht wiederzugeben ist. Wir sehen eine Momentphotographie von einem jungen Mädchen in dem Augenblick, wo sie heftig zusammenfährt, weil eine Bombe hinter ihr explodiert. „Der Ausdruck des Erschreckens zeigt sich auf dem außerordentlich scharfen Bilde in keiner Weise. Das Kind ist in der Abbildung in dem Moment dargestellt, wo es die Augen schließt und den Mund etwas verzerrt. Diesem Moment folgen noch weitere, die darin bestehen, daß die Augen krampfhaft zugekniffen werden, daß der Mund noch mehr in die Breite gezerzt wird und daß die Schultern in die Höhe gezogen werden. Das Endstadium tritt auf dem Bilde noch gar nicht hervor und so hat das Kind für uns nur den Ausdruck eines blöden Lächelns“, es ist eben nur eine Phase der Bewegung herausgerissen. Daraus ersehen wir, daß es auf den dynamischen Verlauf ankommt, daß sich an diesen der Sinn der Bewegung knüpft und daß dieser Verlauf sich als eine Ganzheit erweist, ähnlich wie eine Melodie oder eine Gestalt. Wir sprechen hier von Gestalt, weil es sich um eine Abfolge von solchen Vorgängen handelt, die eine innere Einheit, ein Ganzes bilden. Diese Einheit — so haben wir gesehen — zeigt sich vor allem darin, daß ein solcher dynamischer Verlauf, nicht beliebig aufhören kann, sondern eine natürliche Ent-

wicklung hat. Er ist immer erst dann zu Ende, wenn gewisse Bewegungsfolgen vor sich gegangen sind.

Wenn wir nun die seelische Verfassung, die innere Situation, aus welcher eine Ausdrucksbewegung hervorgeht, analysieren, so finden wir einerseits eine vorstellungsmäßige Repräsentation der Außenwelt, auf die man sich in Zuwendung oder Abwendung richtet. Ich habe diesen Anteil der inneren Situation den *intentionalen* genannt. Die andere Komponente bildet der Gefühlszustand, der sich mit dieser intentionalen Zuwendung verbindet und diesem Sich-richten eine spezifische Färbung gibt; das ist der *affektive* Anteil der inneren Situation. Die Ausdrucksbewegung als solche kann nicht vom intentionalen Anteil allein determinisiert werden. Für die Bewegungsgestalt ist die affektive Komponente, die Stimmungslage oder Gemüts-erregung unerläßlich; denn die Ausdrucksbewegung ist ihrem Wesen nach Erregungsausleitung. Die Besonderheit der dynamischen Gestalt besteht in der jeweils besonderen Art und Weise der Erregungsausleitung. Inwieweit der intentionale Faktor mitbestimmend wirkt, kann im Rahmen dieses Vortrages nicht erörtert werden.

Der enge Zusammenhang zwischen dem dynamischen Ablauf und der inneren Situation, vor allem ihrem affektiven Anteil hat zur Folge, daß der dynamische Verlauf mit der Andersartigkeit der inneren Situation gleichfalls ein anderer wird. Es hat sich gezeigt, daß den Typen von affektiven Zuständen jeweils spezifische, dynamische Verläufe entsprechen. Es hat sich weiter gezeigt, daß an dieser festen Zuordnung der Sinn der Ausdrucksbewegung hängt; daß eine Bewegung als Bitte, Trotz usw. erkennbar wird, das hängt an der klaren und deutlichen Entsprechung von dynamischem Verlauf und typischer innerer Situation.

Wir haben außer der Bitte noch die Ausdruckssphänomene des Trotzes, der Ergebenheit, der Neugierde, des Schrecks, der Enttäuschung, der Traurigkeit und Müdigkeit in derselben Weise, wie das Bitten untersucht und für jedes einzelne einen charakteristischen Verlauf feststellen können.

Betrachten wir den Trotz: Die Bewegungsbilder sind verschieden. Was sie aber alle gemeinsam haben, ist eine typische Dynamik. Sie besteht in einem Sich-aufbäumen im Widerstand und Verharren darin. Dem entsprechen auch im motorischen Verlauf zwei deutliche Phasen: Dem Aufbäumen der Impuls der ersten Anspannung und dem Verharren im Widerstand das Halten nach einem ersten Absinken. Diese Entsprechung zwischen einem spezifischen, dynamischen Ablauf und

einer ganz bestimmten seelischen Verfassung könnte bestehen, ohne bewußt zu werden. Es zeigt sich aber demgegenüber, daß die Versuchsperson in der besonderen Gestaltung der Dynamik die notwendige und charakteristische Entsprechung für ihr seelisches Verhalten sieht. Die Versuchsperson gibt gewissermaßen die Motivation für die besondere Art des Verlaufes, indem sie sagt, was damit gemeint ist, was er ihr bedeutet. Es ist etwas gemeint mit diesem Ruck, mit dem die Versuchsperson sich gleichzeitig abwendet. Sie sagt: „es war wie ein plötzliches Sich-Abschließen gegen die Meinung des anderen.“ Daraus geht hervor: Daß der Bewegungsvorgang nie für sich allein, lediglich als körperlicher im Bewußtsein steht, sondern als Ausdrucksmittel für einen bestimmten seelischen Zustand, als Sinnträger bewußt ist.

Die außerordentliche Mannigfaltigkeit der Bewegungsgestalten läßt sich ganz grob in zwei große Gruppen scheiden: In solche, welche aus einer Steigerung der Spannung und solche, welche aus einer Abnahme der Spannung aus Entspannung hervorgehen. Die Anspannung ist charakterisiert durch das Erlebnis des Kraftaufwandes, der Kraftsteigerung, mit dem sich die seelische Verfassung des Strebens verbindet. Die Entspannung besteht in einem Kraftentzug, dem Lockern der Spannung und Erschlaffen der Muskeln, mit dem das Gefühl der Schwere sich einstellt.

Ich habe Ihnen zwei Bewegungsgestalten der ersten Art vorgeführt; ich will Ihnen nun an einem Beispiel klarmachen, was die Bewegungsgestalt der Entspannung besonders charakterisiert. Das Traurigwerden stellt einen Entspannungsvorgang dar, d. h. es ist so, daß die bestehende Spannung unter ihr Niveau abfällt. Die Entspannung setzt hier gleitend ein und verteilt sich allmählich diffus im ganzen Körper. Sie weist keine bestimmte Gerichtetheit auf, sondern nur den absichtlosen Zug nach abwärts, der sich immer von selbst einstellt, wenn die normal vorhandene Spannung sich löst. Dieser Zug nach abwärts ist das wesentlichste und hervorstechendste Merkmal für jede Bewegungsgestalt der Entspannung.

Damit haben wir die zwei großen Grundtypen dynamischer Gestaltung kennengelernt, denen die zwei verschiedenen Hauptarten von Spannungsänderung zugrunde liegen: die Anspannung und Entspannung. Spannung und Entspannung sind aber nicht die einzigen Modalitäten des Spannungserlebnisses, sondern es gibt daneben noch eine dritte, das ist der Zustand der Gehaltenheit, in dem wir uns normalerweise im Liegen oder im aufrechten Stehen und Sitzen be-

finden. Das ist ein Zustand, in welchem keine neue Anspannung stattfindet und auch nicht entspannt wird; es wird vielmehr ein Gleichgewichtszustand im seelisch körperlichen Verhalten erlebt. Damit ist nicht gesagt, daß nicht physiologische Änderungen der Muskelspannung da sind, aber diese halten sich entweder die Wage oder sind so gering, daß sie nicht bemerkt werden. Jedenfalls findet keine erlebnismäßige Kraftverschiebung statt; der Körper wird gleichmäßig kraftbegabt erlebt. Es besteht auch kein seelisches Streben nach einer bestimmten Richtung, sondern ein Zustand der Ausgeglichenheit, wie beispielsweise in der Zufriedenheit.

Die Art der Spannungsänderung ist es also, wodurch sich die verschiedenen Erscheinungsformen der Dynamik differenzieren. Vor allem ist die Intensität, mit der Spannung oder Entspannung einsetzt, jeweils verschieden und bezeichnend. Dann ist der zeitliche Verlauf, in dem die Steigerung oder Abnahme vor sich geht, wichtig. — Daraus ergibt sich ein wesentlicher Unterschied. Das Anspannen kann jäh und plötzlich erfolgen, oder es kann ein allmähliches und kontinuierliches Steigen oder Nachlassen der Spannung sein. Die allmählich und kontinuierlich sich vollziehende Spannungsänderung, ist nicht nur dadurch charakterisiert, daß sie in gleicher Intensität eine Weile dauern kann, sondern was das wichtigste ist, sie kann in ihrem Ablauf von uns selbst geleitet und beherrscht werden. Ich habe diese Art des Ablaufes als „dosierte Spannungsänderung“ bezeichnet.

Neben diesem Hauptunterschied von plötzlicher und dosierter Spannungsänderung lassen sich noch weitere Momente am Spannungsverlauf aufweisen. So ist für die Gestaltung des Spannungsverlaufes wesentlich und charakteristisch, wie die Steigerung oder Abnahme der Spannung ihr Ende findet, oder ihre Peripetie gewinnt. Das ist der Höhepunkt der Spannung oder der Tiefpunkt der Entspannung. Dieser kann entweder eine Weile dauern oder jäh abklingen. In allen Fällen aber wird er als Zustand bewußt; auch dann, wenn der Höhepunkt oder der Tiefpunkt nur die Umwendung bezeichnet und nur Ansatz für eine neue, anders gerichtete Spannungsänderung wird, wird er erlebt, als ein Zustand, der den Abschluß eines vorausgehenden und Einleitung eines neuen Abschnittes bildet. Auf Grund dieser Verschiedenheiten im Spannungsverlauf ergeben sich verschiedene Verlaufstypen, verschiedene Gestalten des dynamischen Ablaufes, welche spezifischen Affektzuständen eindeutig zugeordnet sind.

Aus den Aussagen der Versuchspersonen haben wir also gesehen, daß der dynamische Verlauf in seiner Differenziertheit das Wesentliche an der Ausdrucksbewegung ist. Dieser Verlauf als solcher wird

erlebt — er bildet das Bewegungserlebnis, das sich aufweisen läßt. Bei der Zweckhandlung fehlt dieses Erlebnis, weil der Ablauf der Bewegung nur Weg zum Ziel ist und keine Eigenbedeutung hat. Der dynamische Verlauf in seiner besonderen Gestalt bildet darum das eigentliche Kriterium der Ausdrucksbewegung.

Ich möchte jetzt noch kurz skizzieren, inwiefern sich diese Einsichten auf bestimmte Einzelgebiete anwenden lassen und sich dort fruchtbar erweisen. Da kommt vor allem das Gebiet der Charakterologie in Betracht. Diejenigen Gebärden, welche wir im gewöhnlichen Leben als unecht bezeichnen, erweisen sich als zwiespältig in ihrer Determination. Das äußere Bewegungsbild, das wir sehen, erscheint ohne den zugehörigen dynamischen Verlauf, während der dynamische Verlauf, der uns geboten wird, selbst wieder aus einer anderen affektiven inneren Situation hervorgeht, als die es ist, die uns das Bild erwarten läßt.

Von daher führt ein Weg in das Reich der Ästhetik. Diese Diskrepanz zwischen Bild und dynamischem Verlauf wird auch dort, wo sie in der darstellenden Kunst auftritt, in der bildenden Kunst ebenso wie in der Schauspielkunst verhängnisvoll. Sie charakterisiert den schlechten Schauspieler, der am bloß äußeren Bild der Bewegung hängt, das zur leeren Grimasse wird, wenn es nicht von einem entsprechenden Seelenzustand getragen ist, für den es Ausdruck und Darstellung sein soll. Denken Sie an den Schmierenschauspieler, der einen König darstellen soll und die zum Befehl ausgestreckte Rechte entspannt ausstreckt. Das gibt unfehlbar eine komische Wirkung. Oder das Grimassieren, wie es Kinder oft spielen, wenn sie rasch abwechselnd ein lachendes und wieder ein böses Gesicht machen, ohne im einen oder anderen Falle entsprechend zu fühlen. Was an diesen Fällen das spezifisch komische ist, wollen wir dahingestellt sein lassen. Wir können im Rahmen des heutigen Vortrages nur festhalten, daß von hier ein Weg zur Psychologie des Komischen führt und daß besonders diejenigen Bewegungen komisch wirken, wo Bewegungsbilder mit starkem Affektanspruch losgelöst erscheinen vom zugehörigen Affekt und wo sich das Individuum in einer Stimmungslage befindet, die dem affektiven Zustand, der zum sichtbaren Bewegungsbild gehörte, geradezu widerspricht, ihm entgegengesetzt ist.

Wenn wir in der bildenden Kunst von einem Kitsch oder Klichee sprechen, so haben wir gewöhnlich auch nur die bloße Geste, das äußere Bild der Bewegung vor uns, ohne daß die entsprechende Dynamik in die Darstellung miteingegangen wäre; auch hier eine Grimasse, eine Gefühlsattrappe.

Das Wesentliche, was hier fehlt, ist die dynamische Einheit, die dynamische Determiniertheit. Wenn demgegenüber eine Plastik, wie beispielsweise der „Moses“ von Michelangelo, trotz ihres statischen Charakters so lebendig und überzeugend in ihrer seelischen Bewegtheit wirkt, so liegt das wieder am dynamischen Charakter der Darstellung. Hier ist ein Moment aus dem dynamischen Ablauf festgehalten, der uns den ganzen Verlauf als solchen suggeriert, und zwar dadurch, daß er der Phantasie den Ansatzpunkt bietet, von wo aus die Wiederherstellung des ganzen Verlaufes möglich wird.

Wieder ein anderes Anwendungsgebiet bietet die Musik. Mit allen ihren Mitteln, mit Rhythmen, Intervallen, steigenden und fallenden Tonhöhen und Tonstärken ist sie nur darauf angelegt, Spannungen und Entspannungen in uns hervorzurufen und ist damit wie keine andere Kunst imstande, in ganz unmittelbarer Weise einen Gemütszustand in uns lebendig zu machen, ohne Umweg über das Denken, das Wort oder das Bild.

Wir hätten also hier Einfühlung durch unmittelbare Übertragung von Spannungszuständen, weil diese mit einer bestimmten Gefühlslage untrennbar verbunden sind. Diese Tatsache wird verständlich, wenn man mit Rutz, Sievers u. a. die Eigenart musikalischer Motive oder Texte als Objektivation von Gefühlssituationen auffaßt. Demnach würden diese bestimmte dynamische Verläufe in uns erzeugen, einfach darum, weil sie Produkte von solchen sind.

Reflexologie und Psychopathologie.

Von

Dr. LUDMILLA GATZUK,
Leningrad.

Das enorme Gebiet der Psychopathologie hat längst den Blick des Forschers, besonders des Naturforschers, auf seine geheimen Mechanismen gefesselt und hat ihn gereizt, auf jede Weise, manche seiner großen Probleme zu lösen. Nicht für alle war es möglich, den Weg der Psychologie und der Philosophie zu wählen. Die metaphysischen Spekulationen schienen ihnen zu mangelhaft zu sein, zu wenig real, ebenso wie die unklare psychologische Terminologie. Es ent-

stand bald eine Bewegung, welche die höchste Nerventätigkeit bei Tieren, rein physiologisch ergründen wollte. Im Jahre 1870 haben Hitzig und Fritsch, Goltz und Thorndike über die Physiologie des Großhirns und das Benehmen der Tiere gearbeitet. Im Jahre 1863 schrieb Setschenof seine geniale Arbeit über die Physiologie des Großhirns. Der Versuch, rein physiologisch, psychische Prozesse aufzuklären, stürzte alle bisher bestehenden Meinungen um. Pawlow unternahm die weitere experimentelle Forschung in dieser Richtung und schuf eigentlich während 25 Jahren seiner wissenschaftlichen Tätigkeit die Reflexologielehre. Ihm folgten bald Bechterew, Kalischer in Deutschland, Henry in Frankreich.

Ich brauche nicht über den physiologischen Sinn des Reflexes im Nervensystem zu reden. Ich kann auch nicht eine ausgiebige Darstellung dieser Lehre geben und muß mich mit einer grob schematischen Darstellung begnügen. Die Reflexologie ist die Lehre über bedingte Reflexe. Was ist ein bedingter Reflex? Im weitesten Sinne ist es eine jede Reaktion eines lebenden Wesens auf eine äußere Reizung. Wenn ein Hund mit Riemen gefesselt in einer Barriere eingeklemmt ist und man vor seinen Augen ein starkes Licht anzündet und nachher ihm ein Fleischpulver zu fressen gibt, so kann sich dieser äußere Reiz in einem gewissen Zeitraum zu einem bedingten Reflex der Speicheldrüse bilden, d. h. beim Anzünden des Lichtes, auch ohne daß der Hund sein Fleischpulver bekommt, beginnt eine Sekretion der Speicheldrüse. Es ist unter vielem anderen zu betonen, daß bei oftmaligem Wiederholen des bedingten Reflexes plötzlich ein Verschwinden desselben eintritt. Unter ganz bestimmten Bedingungen kann er aber erhalten bleiben, z. B. wenn die Reizungen immer auf eine und dieselbe Art und von ein und derselben Person ausgeführt werden und diese Person dabei immer dieselben Bewegungen macht und die gleichen Gegenstände benützt. Der Wechsel der übrigen Bedingungen hat keine Bedeutung. Bei der Wiederholung des Reizes verschwindet der Reflex mit einer ganz bestimmten Geschwindigkeit; diese entspricht der Größe des Zeitintervalls, das die einzelnen wiederholten Reize voneinander trennt. Wenn diese Intervalle kurz sind, verschwindet der Reflex schneller. Zum Beispiel, der Reiz wird durch den Anblick des Fleischpulvers hervorgerufen und dauert jedesmal eine Minute. Wenn der Reiz alle 2 Minuten wiederholt wird, verschwindet der Reflex nach 15 Minuten; beträgt das Intervall 4 Minuten, so schwindet der Reflex nach 20 Minuten. Nach 8 Minuten Intervall schwindet der Reflex nach 54 Minuten. Der einmal verschwundene Reflex erscheint wieder nach

ca. 2 Stunden und zwar ohne Zutun. Interessant ist, daß die kleinsten Veränderungen in den Details der bedingten Reizung sofort eine Veränderung der Speichelsekretion verursachen. Auf diese Weise hat Pawlow experimentell festgestellt, was Claude Bernard in seinen kühnen Intuitionen vorgeahnt hat, nämlich die ganz spezifische Anpassung der Speicheldrüse an äußere Reize.

Also ein bedingter Reflex ist jeder Reflex des Tieres auf die äußere Welt, wenn dieser Reiz in gewissen Zeiträumen wiederholt auf das Tier wirkt. Jeder Reflex, der einem Tier von Geburt an angehört, wird als unbedingter bezeichnet. Dazu gehört hauptsächlich das, was man früher als Trieb, Instinkt bezeichnet hat: das Fressen, die Selbstverteidigung, die Sexualreflexe. Es gibt wahrscheinlich noch viele andere, aber bis jetzt existiert „keine Morphologie der reflektorischen Tätigkeit und die Zahl der unbedingten Reflexe ist noch nirgends genau festgestellt“. Die bedingten Reflexe treffen aber auf ihrem Wege in dem Nervensystem viele Hindernisse: das sind äußere und innere Hemmungen. Eine innere Hemmung kommt dann zustande, wenn ein ganz indifferentes Agens gleichzeitig mit dem bedingten Reflex einwirkt und dieser bedingte Reiz von keinem unbedingten gefolgt wird. Dann erst entsteht eine innere Hemmung, und als ihre Folge verliert die Reizkombination ihre Reizwirkung. Die innere Hemmung spielt eine außerordentlich große Rolle in der gesamten Tätigkeit des Zentralnervensystems. Sie folgt immer einer differenzierten Nerventätigkeit nach. Ein krasses Beispiel der inneren Hemmung ist der Schlaf. Nur ist diese Hemmung nicht unterbrochen wie alle anderen, sie trägt einen diffusen Charakter. Man hat auch bemerkt, daß bei den Labororientieren der Schlaf immer eintrat, wenn das Experiment längere Zeit nicht ausgeführt wurde. Auch bei stereotypen Reizungen der Haut durch Kälte oder Wärme verfiel das Tier in hypnotischen Schlaf. Die innere Hemmung verbreitet sich zuerst in der Rinde, dann irradiiert sie und konzentriert sich allmählich. Die Konzentrierung der Erregungs- und Hemmungsprozesse wird besonders durch gegenseitige Induktion verstärkt. Die äußere Hemmung nennt man eine andere Hemmungsart, die, ohne sich langsam zu entwickeln, schon in der Rinde die bedingten Reflexe schwächt oder gänzlich unterbindet. Sie entsteht nur dann, wenn die Rinde von einem anderen automatischen Reiz getroffen ist; es ist mir leider ganz unmöglich, näher auf alle diese höchst komplizierten Prozesse einzugehen. Ich begnüge mich nur mit einem sehr elementaren Bericht.

Pawlow hat bei der Forschung der bedingten Reflexe zwei Mechanismen zu unterscheiden gelernt: erstens den Mechanismus der zeitlichen Beziehung, zweitens den Mechanismus der Analysatoren. Der Mechanismus der zeitlichen Beziehung ist von allen äußeren Reizen gebildet, die einen bedingten Reflex auslösen können, der Mechanismus der Analysatoren aber wird von den rezeptorischen Gehirnzellen gebildet. Bei jedem Analysator unterscheidet man drei Teile. Der erste ist der periphere Teil des zentripetalen Nervs bis zur rezeptorischen Gehirnzelle. Seine Aufgabe ist, das ganze Material der Einwirkungen zu analysieren. Der zweite Teil ist die Bahn, die das Gehirnende mit dem Arbeitsapparat verbindet. Der dritte Teil ist der Arbeitsapparat selbst. Die Tätigkeit der Analysatoren geht stufenweise vor sich, d. h. die Ab differenzierung erfolgt allmählich und wird durch einen Hemmungsprozeß erreicht. Der Hemmungsprozeß wirkt so, daß in dem Momente alle übrigen Teile des Analysators gedämpft werden. So z. B. wenn das Gehirnende des Analysators gestört ist, seine Arbeit grob zu sein anfängt. Wenn früher sogar aus Teilen eines Tones einzelne bedingte Reflexe gemacht waren, so wird jetzt als bedingter Reiz nur eine Oktave funktionieren können. Es ist so zu erklären, daß in allen anderen Stellen der Rinde dann eine Hemmung eintritt. Es muß immer ein gewisses Gleichgewicht zwischen Reizung, Hemmung und Enthemmung bestehen (unter Enthemmung versteht man „die Hemmung der Hemmung“), sonst ist der bedingte Reflex nicht auslösbar. Man kann, was sehr interessant ist, diese Hemmung pharmakologisch beeinflussen und zwar durch Koffein. Man sieht also, daß der bedingte Reflex „der feinste Mechanismus ist, mit dem das Tier auf die mannigfaltigen Reize der Außenwelt reagiert“ (Pawlow). Es ist viel Grund vorhanden, diesen Prozeß des bedingten Reizes als einen elementaren Prozeß anzusehen, der nur durch das Zusammenfallen der unzähligen äußeren Reize, mit dem gereizten Zustande irgendwelchen Punktes des Zentralnervensystems, entsteht und durch den ein gewisser Weg zu dem früher erwähnten Punkt des Zentralnervensystems gebannt wird. Pawlow beweist es aus der Allgemeinheit des Faktors: durch alle möglichen äußeren Reize bei allen Hunden konnte er einen bedingten Reflex auslösen. Die zweite Eigenschaft des bedingten Reflexes ist — wie sich Pawlow ausdrückt —, daß er etwas Fatumähnliches hat. Er tritt unter gewissen Bedingungen immer wieder ein. Um zu illustrieren, wie mannigfaltig diese Untersuchungen des bedingten Reflexes waren, erwähne ich nur, daß das Experiment tausendmal auf alle mögliche Weise und auf die verschie-

densten Arten wiederholt wurde. Als äußerer Reiz dienten Licht, geometrische Figuren, musikalische Töne, elektrische Reizung, Wärme, Kälte, Berührung einer Hautstelle, Kratzen oder Stechen der Haut usw. Immer aber kam der Reflex zum Vorschein. Sogar die elektrischen Reizungen haben trotz ihrer Schmerzhaftigkeit in keinem Falle die Speichelsekretion beim Hunde gestört, auch wenn die Ströme sehr stark waren. Nur wenn viele verschiedene Stellen der Haut angebrannt waren, war der Reflex plötzlich zerstört. Das geschah als Folge einer inneren Hemmung, die öfters bei Zerstören eines von beiden Mechanismen der bedingten Reflexe, eintritt. Nach seinen Experimenten ist P a w l o w zu der Überzeugung gekommen, daß die ganze Großhirnrinde nur aus sensorischen und auf keinen Fall aus motorischen Zellen besteht. Dazu kann ich ein schönes Beispiel aus seinen Experimenten schildern. Bei einem Tier wurde der Gyrus sigmoideus (mot. Gebiet) exstirpiert, bei einem anderen der Gyrus coronarius und ectosylvius (Hautgebiet). Es zeigte sich, daß das erste Tier die Reflexe auf Bewegungen verlor, das zweite die Reflexe auf die Haut. Das erste Tier aber behielt die Hautreflexe und das zweite die Bewegungsreflexe. Man kann daraus entnehmen, daß der motorische Effekt der Hirnreizung nur reflektorisch ist, die Hirnrinde ist also einheitlich, und nur ein reflektorischer Apparat. Das, was man bisher als motorisch bezeichnet hat, ist nur der Analyser des Bewegungsapparates, sozusagen eine Art Zentrum der Tiefensensibilität. Die Reizung im Gehirn verläuft nach zwei Gesetzen: dem Gesetz der Irradiation und dem Gesetz der Konzentration der Reizung. Manche Reizungen, besonders durch Nahrungsmittel, haben eine so starke Wirkung auf die Rinde, daß sie von einer gewissen „Spur“ gefolgt sind, die nur langsam ausgelöscht werden kann, und die Spur bleibt nicht nur minuten- und stunden-, sondern tage-, ja wochenlang bestehen. Die Nachwirkung bleibt dann noch, wenn die Ursache der Reizung längst vorbei ist. Höchst interessant war eine Beobachtung im Jahre 1924 bei der großen Überschwemmung in Leningrad. Ein vollkommen normaler Hund, der durch monatelangen Unterricht auf verschiedene bedingte Reflexe trainiert war, zeigte einige Tage nach der Überschwemmung ein sonderbares Benehmen. Bei ihm waren plötzlich alle bedingten Reflexe verschwunden. Im Laboratorium allein gelassen, begann er zu heulen und bemühte sich, von den Riemen freizukommen. Er wurde eine gewisse Zeit in Ruhe gelassen, dann wurde er mit großer Mühe wieder auf einen einfachen bedingten Reflex trainiert, sogar mit einem gewissen Erfolg. Um sein früheres Benehmen zu ergrün-

den, entschied man sich nach drei Monaten, in seine Kammer einen leichten Wasserstrom zu leiten. Von diesem Moment an waren wieder alle bedingten Reflexe verschwunden. Der Hund benahm sich ebenso wie sofort nach der Überschwemmung. Das Bild, das er zeigte, erinnerte auf eine auffallende Weise an ein Bild von traumatischer Neurose. Er vertrug keine Einsamkeit; er war in seiner Kammer nur dann ruhig, wenn der Experimentator anwesend war; ein Versuch, ein Kleidungsstück des Experimentators in der Kammer aufzuhängen, hatte die gleiche Wirkung.

Die geschilderten Untersuchungen bezogen sich nur auf die normale Tätigkeit des Zentralnervensystems. Diese Ergebnisse konnten den Forscher doch nicht befriedigen. Man unternahm neue Experimente, um die pathologischen Erscheinungen bei den Tieren, die sich in einer gewissen Störung des Analysators äußerten, zu untersuchen. Es war dies ein Versuch, sozusagen in die Zoopsychopathologie einzudringen und eine experimentelle Psychopathologie beim Tiere zu schaffen. P a w l o w begann erst mit groben Methoden, mit der Zerstörung des einen oder des anderen Teiles des Gehirns. Es war mit großen Schwierigkeiten verbunden, denn der chirurgische Eingriff konnte experimentell nicht genau kontrolliert werden. In den meisten Fällen störte die postoperative Narbe das eigentliche Bild, und diese Reizung erstreckte sich auf einige Monate. Es gab aber regelmäßig dasselbe äußere Bild: nach der Operation war das Tier niedergeschlagen, dann traten heftige Krämpfe auf, nachher ein Aufregungszustand, der wieder von Perioden von Niedergeschlagenheit gefolgt war. Um die sehr schweren Verhältnisse des chirurgischen Eingreifens zu erleichtern, ging man später zu einer Methode über, die jetzt C u s h i n g anwendet, nämlich zur Vereisung gewisser Hirnpartien. Diese Methode hatte schon T r e n d e l e n b u r g in Deutschland zu Kriegszeiten verwendet.

Man kann natürlich nicht sagen und niemand wird es behaupten, daß alles, was die Psychologie und die Pathologie des Nervensystems beim Tier betrifft, sich ohne weiteres auf den Menschen anwenden läßt. Es wurden aber in der Militärmedizinischen Akademie in Leningrad Versuche unternommen, bei Menschen bedingte Reflexe auszulösen. So weit mir bekannt ist, haben diese Versuche mit jenen P a w l o w s übereingestimmt. Auch S c h i l d e r hat in seinem neuen Buch „Psychopathologie und Reflexologie“ experimentell die Auslösung des bedingten Reflexes bei Menschen bestätigt. Es ist natürlich unzweifelhaft, daß der Mensch, wie jedes Lebewesen, bedingte und unbedingte Reflexe haben kann. Die Reflexologie stellt sich nicht

gegen die Psychologie und die subjektiv-intuitive Erkenntnis der Lebenserscheinungen. Sie sucht nicht „den Geist, der sich in der Zelle befindet“, wie Geckel in seiner alten Arbeit „Die Zellen der Seele und Seelenzellen“ behauptete. Sie will nur eine feste Basis für das reflektorische Seelenleben schaffen, um mit Sicherheit feststellen zu können, wo die reflektorische Tätigkeit endet. Es ist ein Versuch des naturforschenden Denkens, auf dem Wege genauer logischer Experimente so tief wie möglich in die Physiologie der Nervensystem-Tätigkeit einzudringen, „und niemand weiß, wie weit dieser Forschungsblick reichen kann“ (Pawlow). Die Versuche über Psychopathologie sind noch zu neu, und die Erfahrungen zu klein, als daß man von ihnen etwas mit Sicherheit sagen könnte. Wenn man aber die Psychopathologie als Schädigung irgendwelcher Reflexe ansehen konnte als Änderung der normalen unbedingten Reflexe, konnte man vielleicht für einige Abnormitäten des Seelenlebens eine Lösung finden. Ich erwähne nur bekannte Tatsachen: motorische Hemmung der Melancholiker, Selbstverteidigungsreflexhemmung bei Depressionszuständen, verschiedene Enthemmungen bei Psychopathen. Von diesem Standpunkte aus wäre es leicht, nach Pawlow, z. B. bei Depressionszuständen oder Suizidversuchen, von einer Hemmung des unbedingten Strebereflexes oder Selbstverteidigungsreflexes zu sprechen. Es sind eigentlich mehr als Reflexe. Es sind Instinkte, aber sie sind den gleichen Gesetzen wie die Reflexe unterworfen, sie sind periodisch, wie jeder Prozeß im Organismus. Sie sind alle auf eine gleiche Weise charakterisiert, „das starke Streben zu einem Zwecke, das periodische Eintreten dieses Strebens, die Ruhe nach der Erfüllung dieses Strebens“. Die Reflexologie will keine Vereinfachung des seelischen Lebens des Menschen. Sie verneint nicht die Hegemonie des Geistes, sie denkt, daß er noch freier sein wird, nachdem das Primäre an ihm als eine erforschte Tatsache angesehen werden wird.

Es ist sehr bedeutsam, daß an verschiedenen Kliniken Europas wieder nach vielen Jahren Versuche beginnen, das Organische in den Geisteskrankheiten zu finden. Es wäre kein Wunder, wenn diese zwei so weit auseinandergehenden Wege der Forschung sich eines Tages an einem gewissen Mittelpunkt treffen, um die Dämmerungen der Psyche zu erleuchten.

Psychiatrische Kritik der schöpferischen Leistungen¹⁾.

Von

Dr. med. et phil. **KURT HILDEBRANDT**,
Berlin.

Mit welchem Mißtrauen, ja mit welcher Gehässigkeit der Psychiater kämpfen muß, wenn er die der Öffentlichkeit gehörenden Werke anrührt, brauche ich nicht auszuführen. So ist denn wohl zu verstehen, daß manche Psychiater selbst meinen, man solle doch auf alle pathographische Tätigkeit verzichten, da wir doch bei ihr in gewissem Sinne unsere Grenze überschreiten. Ich stelle aus diesem Grunde den praktischen Begriff des Gutachtens an den Anfang. Der Psychiater als solcher weiß auch nicht, was „freie Willensbestimmung“ ist — aber unterzieht sich dennoch der Gutachtertätigkeit als einem nobile officium; er tritt als Sachverständiger ein, weil er immer noch am befähigsten dazu ist. So ist es aber eine noch höhere Verpflichtung, die Beurteilung von schöpferischen Menschen und Werken zu übernehmen, wo ein höheres Interesse diese Beantwortung durch einen Psychiater erheischt.

Dennoch besteht eine große Schwierigkeit. Auch im gerichtlichen Gutachten hat man oft Leistungen zu beurteilen, die außerhalb unseres Faches liegen, beispielsweise die kühnen Projekte eines großen Finanzmannes; wenn man dazu nicht imstande ist, kann man einen entsprechenden Sachverständigen zu Rate ziehen. Aber wer ist Sachverständiger für schöpferische Werke im höchsten Sinne? Das schöpferische Werk ist doch das ganz Neue, außerhalb der alltäglich gewordenen Technik, aber außerhalb selbst der rational erklärbaren Entwicklung. Ähnlich wenigstens hat selbst Kant schon den Begriff „Genie“ erläutert. Sicher waren für Hölderlins Werk im 19. Jahrhundert nur ganz wenige Literaturhistoriker sachverständig, oder für Nietzsches Werk nur ganz wenige zünftige Philosophen. Wie stellen wir uns zu diesen unleugbaren Schwierigkeiten?

Es wäre zwecklos, die verständnislosen und mißtrauischen Laien zu schmähen. Wir müssen — wie es die meisten neueren Pathographen auch schon taten — zugeben, daß wir Psychiater an dieser Gehässigkeit des Publikums durchaus nicht gänzlich schuldlos waren. In den früheren pathographischen Darstellungen fehlt es nicht an

¹⁾ Erscheint in erweiterter Fassung in der Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie.

verwerflichen Übergriffen. Selbst Möbius, auf diesem Gebiet wohl der bedeutendste Schriftsteller, ist davon nicht ganz freizusprechen, denn seine Nietzsche-Pathographie ist eine Entgleisung, in der er, sich selbst nicht bewußt, das Amt des Psychiaters mißbraucht, um seiner durchaus subjektiven Antipathie ein wissenschaftliches Mäntelchen umzuhängen. Ich betone, daß ich das Verdienst von Möbius immer anerkannt habe, und auch sein Übergriff ist aus der Gesinnung seines Zeitalters heraus entschuldbar: Es war die Zeit der Selbstüberschätzung des reinen, abstrakten Intellektualismus, der eine Verehrung und wahre Erkenntnis für die schöpferischen Werke, die auch aus irrationalen Quellen gespeist werden, nicht aufkommen ließ.

Diese Übergriffe (ich erinnere nur an Nordau als abschreckendes Beispiel) werden, wie gesagt, heute wohl von den meisten Forschern abgelehnt. Man kann die jetzige Lage wohl am besten durch den einen entscheidenden Grundsatz kennzeichnen: Der Wert eines geistigen Werkes wird nicht beeinträchtigt durch die psychiatrische Diagnose, durch die Feststellung der Krankheit des Urhebers. Man hat dafür das treffende Bild angewandt, daß es für die Schönheit der Perle nichts bedeute, wenn man in ihr das pathologische Produkt der Muschel erkennt.

Ich glaube, daß man diesen Grundsatz unbedingt anerkennen muß. Leider aber wird sich zeigen, daß er keineswegs genügt, die Schwierigkeiten zu beseitigen, ja daß er selbst mißbräuchlich angewandt werden kann.

Ich finde zwei verschiedene Momente in diesem Satz.

1. Die Forderung an den Psychiater, sich nach Möglichkeit auf die psychiatrische Beurteilung zu beschränken, die Kritik zu vermeiden.

2. Den Schutz für den Psychiater, daß man seine Diagnose nicht als Verunglimpfung eines Werkes deuten darf.

Als Beispiel für eine strenge Anwendung des Satzes nenne ich Birnbaum. Birnbaum geht von der Forderung aus, auch in der Pathographie, in der Beurteilung von Kulturererscheinungen möglichst jedes subjektive Erleben auszuschalten. Für die exakte Naturwissenschaft eine selbstverständliche Forderung, für die Gebiete der Seele und des Geistes eine schwerwiegende Resignation. Das trat 1922 lebhaft in der Kontraverse zwischen Jaspers und Birnbaum in Erscheinung. Jaspers hatte sich ganz dem Eindruck der

Kunstwerke aus der psychotischen Zeit von Hölderlin und van Gogh hingegeben. Ihm schien sich in diesen Kranken eine metaphysische Tiefe zu offenbaren, und er bekannte, daß ihm die Existenz der schizophrenen Welt zu den wesentlichen erschütternden Tatsachen des Daseins gehöre. Birnbaum bemängelte dies anschauliche Hingegebensein an die menschliche Gesamtexistenz und bezweifelte, daß diese Haltung der Würde der medizinischen Wissenschaft entspräche.

Ich erwähne diesen Zwischenfall, weil er besonders schön die beiden Grundtypen wissenschaftlicher Forschung wiedergibt. Persönlich muß ich bekennen, daß ich Birnbaums Angriff für verfehlt hielt. Die Kürze der Zeit erlaubt keine wissenschaftstheoretischen Erörterungen, ich muß mich mit Bild und mit Schlagwort begnügen. Birnbaum beruft sich auf seine naturwissenschaftliche Überzeugung. Gewiß, auch Seele und Geist sind Natur. Wenn aber die astronomische und die physikalische Welt mit einem mathematischen Griffel geschrieben sind, so ist es die Welt des Geistes und der Seele bestimmt nicht. Es ist das Ziel der Psychiatrie, sich in objektiven rationalen Sätzen zu konsolidieren, aber — sie ist unendlich weit von diesem Ziel. Das abstrakte Ziel der Wissenschaft ist nämlich etwas ganz anderes als ihr reales Wachstum, und wenn man jetzt schon die Psychiatrie auf rationale Sätze und Beweise beschränken will, wenn man die lebendige — zuerst allerdings noch subjektive — Anschauung als unwürdig ausschließt, dann schneidet man ihre lebendigen Wachstumsquellen ab, dann verknöchert die Psychiatrie in ihrem Kindheitsstadium. Zum Inhaltlichen bei Jaspers nehme ich nicht Stellung; auf keinen Fall habe ich etwa die Tendenz, besonders im Krankhaften Werte zu suchen. Aber ich wollte sagen: ein wirkliches anschauliches Erleben von einem Manne wie Jaspers ist neues Material, ist wertvoller, als bloßes begriffliches Ordnen gegebener Stoffe. — Eine große Einschränkung: Diese Methode von Jaspers ist nur dann erlaubt, wenn der Psychiater ein ernsthaftes und selbständiges Verhältnis zu einem Denker oder Künstler hat, und das kann bei jedem Forscher nur für einzelne große Lebenswerke der Fall sein, denn jedes derartige Studium erfordert Jahre. Für alle anderen Fälle aber ist Birnbaums Prinzip vorbildlich: sich möglichst des Wertens zu enthalten. Dann aber muß man noch weiter gehen. Wir sahen, wie schwierig es ist, ein wirklich schöpferisches Werk zu beurteilen. Daraus folgt: man soll nach Möglichkeit als pathographisches Material nicht die Werke, sondern die biographi-

schen Zeugnisse, den Privatinhalt der Briefe usw. verwerten. Ich gebe zu, gerade dies Stöbern im Privatleben mag unsympathisch sein — aber vielleicht wäre die Folge, daß man die Pathographien auf die Fälle, bei denen eine innere oder äußere Nötigung vorliegt, beschränkte und nicht wahllos Material sammelte, kein großer Schade.

Dies also sind die beiden Typen einer richtigen Anwendung jenes Grundsatzes, daß der pathologische Ursprung kein Einwand gegen das Werk sei. Wir können aber die Tatsache nicht übersehen, daß derselbe Grundsatz zum Vorwand dienen kann für das alte als barbarisch empfundene anmaßliche Kritisieren ohne Gefühl für das Werk. Es ist ja doch so leicht, ein Gedicht vorzunehmen und es zu bezeichnen als maniert, unverständlich, schwachsinnig, schizophren . . . alles objektive psychiatrische Ausdrücke, die dann gedeckt sind durch die Versicherung, man wolle nicht werten — die aber tatsächlich entwerten, zerstören. Ein konkretes Beispiel: Möbius behauptete die Hauptwerke von Nietzsche, schon vor dem Zarathustra beginnend, seien Werke eines Paralytikers. Ich habe seine Irrtümer aufgezeigt. Erst in den letzten Monaten vor dem Zusammenbruch kann man Vorboten der Paralyse vermuten. Lange-Eichbaum findet nun die Tendenz meiner Arbeit verfehlt, weil ja doch der Grundsatz bestehe: Entstehung aus Pathologischem ist kein Einwand gegen Kulturwert.

Gegen diese falsche Anwendung des an sich richtigen Grundsatzes muß aber in erster Linie protestiert werden. Einem Werke, das seine eigene Schönheit oder seine Richtigkeit aus sich beweist, dem kann freilich die Diagnose des Arztes nichts anhaben. Aber es gibt doch Leistungen, die erst aus der Person ihres Autors ihre Gültigkeit empfangen. Zum Begriff des Gutachtens gehört es, daß der Gutachter Autorität hat. Bei dem Plan eines Staatsmannes, eines Feldherrn, dem Urteil des Richters ist es gewiß entscheidend, ob der Urheber von einer Paralyse ergriffen oder gesund war. Nietzsche aber gibt ein gewaltiges Gutachten über die Verrantheit der Zeit ab und über die Wege, die zum Heil führen könnten. Er will Reformator sein — und darum ist es gerade für seine höchsten und schwersten Gedanken entscheidend, ob sie Produkte eines gesunden Hirnes sind oder nicht.

Jeder verantwortungsbewußte Arzt wird über einen noch lebenden wirkenden Menschen das Urteil Paralyse in der Öffentlichkeit nur mit äußerster Vorsicht laut werden lassen. In der literarischen Öffentlichkeit scheint man es nicht so ernst zu nehmen. Ein schöp-

ferisches Werk aber lebt weiter nach dem Tode des Urhebers, es ist bestimmt, die Nation zu formen, und nur vom geistigen Werk her ist nach dem Verfall eine Erneuerung möglich. Solange man die geistigen Werke bloß als unterhaltendes Spiel oder auch als Objekte der Wissenschaft betrachtet, solange ist allerdings diese Frage belanglos. Wer mir aber die lebendige Bedeutung, die wirkende Kraft solcher Werke zugibt, der wird mir auch zugeben, daß die Kritik, psychiatrische oder ästhetische, vom höchsten Verantwortungsgefühl getragen sein muß.

Es ist die Aufgabe des schöpferischen Menschen, das Leitbild, die Normidee für das Volk zu schaffen. Die Norm des Menschen ist nicht der Durchschnitt, sondern der in den Grenzen der Gattung vollkommene Mensch. Da nun das Leben und der Geist dem Wesen nach produktiv sind, so wird man in den schöpferischen Kräften des Menschen gewiß die wertbestimmenden sehen dürfen²⁾. Der schöpferische Mensch ist mindestens ideell der Träger des Normbildes, also die anschaulich gegebene Norm. Ob nun diese schöpferischen Menschen in Wirklichkeit besonders oft an psychopathischer Konstitution leiden, das wäre nun eine Frage der empirischen Forschung. Würde sie ergeben, daß schöpferische Begabung und Psychopathie notwendig zusammengeköpelt sind, dann wäre allerdings mein Normbegriff entwertet.

Lange-Eichbaum hat in seinem Buch *Genie — Irresein und Ruhm* meine Auffassung energisch abgelehnt. Dies Buch hat durch seine große Stoffsammlung in weiten Kreisen einen entschiedenen Eindruck gemacht, es ist aber trotz Lese- und Sammeleifers eine einseitige und tendenziöse Leistung. Lange ist von der mir allerdings nicht nachfühlbaren Tendenz getrieben, in jedem Genie das Pathologische zu wittern und zu übertreiben. In Lombroso, dem Spiritisten, sieht er darum seinen Helden, obwohl er sonst mit aufklärerischem Bekehrungseifer gegen alles nicht der plattesten Vernunft sogleich Zugängliche wettet. Dagegen verdächtigt er die vorbildliche Sachlichkeit Birnbaums der Heuchelei und vergleicht sie mit dem Abschwören Galileis — bloß weil Birnbaum das Genie nicht schlechthin als pathologisch bezeichnen will.

²⁾ Man bemängelt, daß ich mir in „Norm und Entartung des Menschen“ eine eigene Psychologie zurechtgemacht hätte. Jeder logisch denkende Mensch muß einsehen, daß man nicht von Entartung und Psychopathie reden kann, wenn man sie nicht an einem Normbilde bemißt. Eine Darstellung der Psychologie, die für diesen praktischen Zweck geeignet ist, ist mir nicht bekannt.

Ich würde Stunden brauchen, um dies Buch zu kritisieren, aber einige Stichproben glaube ich schuldig zu sein, die über die Kompetenz Langes als Kritiker entscheiden.

Lange hat mit besonderem Interesse eine umfangreiche Pathographie über Hölderlin geschrieben. In den Gedichten seiner besten Zeit findet er überall bereits katatone Manieren. Etwa in dem schönen Verse: „Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch“. Der Gebrauch der adjektivischen Neutra wie „das Rettende“ sei Manier: Er sieht nicht wie sie in dem mythischen, ich möchte sagen kosmischen Stil der Dichtung Hölderlins begründet war. Ich erinnere an den Schluß des Faust: „Alles Vergängliche ist nur ein Gleichnis . . .“ Hier sind die Neutra mehr gehäuft als bei Hölderlin.

War also auch Goethe schizopren? Aber dann kämen wir mit Kretschmer in Konflikt, nach dem er zyklod war.

Dies als Erinnerung, daß man über schöpferische Werke besser nicht urteilt. Nun auch ein Brief, der sehr wesentlich ist als Beispiel. Hölderlin erleidet in Frankreich den ersten Schub der Schizophrenie und wandert in die Heimat. Er überwindet diesen Schub, wie es ja nicht selten ist, ohne erkennbare Schwächung des Geistes. Wie er erschüttert sein mußte durch dies Erlebnis, das ihn traf, als er sich seines höchsten, heroischen Dichterberufes mit Stolz bewußt war, sehen wir aus einem Brief. Es ist kein Wunder, daß er dies Schicksal in seine mythische Bildsprache faßt. Er schreibt von seinen Erlebnissen in Frankreich und fährt fort: „Das gewaltige Element, das Feuer des Himmels und die Stille der Menschen, ihr Leben in der Natur . . . hat mich beständig ergriffen, und wie man Helden nachspricht, kann ich wohl sagen, daß mich Apollo geschlagen.“ Dazu bemerkt Lange: der Leser werde sich vielleicht fragen, ob hinter diesen schönen Worten ein Tiefsinn stecke, aber das sei eine bloße Täuschung usw. usw.

Diese Unzulänglichkeit des künstlerischen Urteils in dieser Biographie hat Jaspers schon moniert. Nur ein Wort über die Materialsammlung in Genie — Irrsinn und Ruhm. Dort vermutet Lange aus dem philosophischen System des Parmenides, der Autor sei „extrem Schizoider mit sehr starkem Sexualtrieb und ebenso starken Hemmungen“ gewesen. Eine solche Diagnose ist leere Phantasterei und sie allein muß schon das Vertrauen auf die kritische Fähigkeit Langes erschüttern.

Aber genug von Kritik. Auf den positiven Gedanken, den ich der Übersteigerung der Diagnose „psychopathisch“ entgegensetzen möchte, kommt es mir an. Bei der gebotenen Kürze fasse ich ihn in ein Schlagwort: „Das Normal-Pathologische“. Das scheint nach der üblichen Begrifflichkeit ein Widersinn, eine *contradictio in adjecto*. Es fragt sich aber: gehört der leidende Zustand nicht auch mit in den normalen Lebensablauf. Ich glaube, die konkreten Beispiele überzeugen besser als alle Theorie. Normal-pathologisch, oder zugleich „physiologisch“ und pathologisch sind: das Zahnen der Kinder, die Wachstumsschmerzen, die Pubertät, die erotische Leidenschaft, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Und es gibt zu denken, daß dies gerade die stärksten vitalen Zustände sind, die Wachstumsvorgänge des Einzelnen und der Gattung. Aber weiter! Auch die schöpferischen Vorgänge bei Genialen sind unmittelbar oder mittelbar mit pathologischen Vorgängen der Spannung, der Inspiration, der Erschöpfung verbunden. Plato hat, ja gerade in diesem Sinne der Reifungs- und Geburtsschmerzen, alles dies unter den Namen Eros gebracht: die Zeugung im Tierreich, die Liebe der Menschen und die Schöpfung geistiger und staatlicher Werke. Wenn wir in diesem Sinne das Pathologische fassen, dann können wir es unbefangen ansehen, wie die Griechen und wie auch Goethe, dann kann man verstehen, daß selbst die Geistesstörungen als von einem Gotte verhängt, als heilig erscheinen, während heute jede psychiatrische Diagnose auf den Laien wie etwas Verunreinigendes wirkt.

Worin liegt nun, auf die modernen Begriffe eingestellt, dieser Unterschied? Ich glaube zum großen Teil in der Lehre von der erblichen Konstitution. Biologisch betrachtet wirkt nicht mit Unrecht der Begriff Psychopath wie ein Makel, nämlich als Ausdruck vererblicher Mängel. Nun herrscht heute aber offensichtlich die Tendenz, alle psychoneurotischen Störungen nur als Ausdruck einer vererblichen psychopathischen Anlage zu betrachten.

Demgegenüber ist es notwendig, dem Ausdruck Psychopath wieder einen engeren, bestimmteren Sinn zu geben. Ich meine, man sollte als Psychopathen nur den bezeichnen, der nicht nur in einzelnen Situationen sich als unzulänglich erwies, sondern dessen ganze Lebensgeschichte ein Produkt der psychopathischen Schwäche ist, und man sollte im engeren Sinne unter Psychopathen den verstehen, dessen Psychopathie als erblich gelten muß. Es kommt vor allem darauf an, daß der normal-pathologische Zustand nicht verwechselt wird mit psychopathischer Minderwertigkeit.

Wenn Goethe vom pathologischen Zustand des Dichters spricht, aus dem die Dichtung fließt, so hat er selbstverständlich den Dichter nicht für psychopathisch erklärt, sondern nur das erregende Leid gemeint. Noch viel deutlicher ist das bei Plato. Man führt ihn immer wieder als Beispiel an, daß er die Verwandtschaft des Genies und des Irrsinns behauptet habe. Das ist grundfalsch. Die Mania, der Wahnsinn, aus dem nach Plato jedes schöpferische Werk gespeist sein muß, ist der erotische Rausch, ist ohne Zweifel die überwallende Stärke der Gesundheit.

Kretschmer leitet in seinem Buche „Geniale Menschen“, an Reibmayr knüpfend, das Genie her aus der Rassenmischung, aus Mischung des verschiedenartigen Keimplasmas. Ich halte den Gedanken für fruchtbar, habe ähnlich auch früher in den „Gedanken zur Rassenpsychologie“ ausgeführt, daß die nordische Rasse große Leistungen gerade dort hervorbringt, wo sie sich mischt. Aber nicht einverstanden bin ich mit Kretschmers Formulierung, der auf der einen Seite die Normalmenschen mit ihrer gesunden Plattköpfigkeit sieht, im genialen Menschen aber den Psychopathen. Plattköpfigkeit ist ein Mangel und das Gegenteil der Norm. Die Spannung durch rassefremdes Keimplasma ist eben keine erbliche Psychopathie, kein erblicher Defekt, sondern im Leben der Gattung nur eine vorübergehende Konstellation.

Schon Möbius ist zu dem Schluß gekommen, wir alle seien „ein bißchen hysterisch“, heute sagt man psychopathisch. Wenn dieser Begriff so überdehnt ist, daß wir alle darunter fallen, so müssen natürlich die schöpferischen Menschen, die sich ja in der Öffentlichkeit stärker ausdrücken, sich erst recht alle psychopathisch annehmen. Dann besagt natürlich diese Diagnose gar nichts mehr.

Alles führt uns darauf, daß wir den Begriff Psychopathie enger und straffer fassen müssen. Wenn dann der Psychiater sich streng enthält, große Werke ohne Verständnis und Verantwortung zu kritisieren, so wird der Haß gegen das pathographische Handwerk von selbst verschwinden und das Volk selbst die Geisteskrankheit als tragisches Geschick werten lernen.

Zur Frage der Bedeutung der Psychopathologie für die Erziehung.

Von

H. KOGERER,

Wien.

Im folgenden wird der Versuch unternommen, gewisse Erfahrungen, die bei der Psychotherapie Schizophrener gemacht wurden, auf die Erziehung zunächst schizophreniegefährdeter Kinder anzuwenden. Es wird vielleicht auf diese Weise auch ein neuer Gesichtspunkt für die Erziehung überhaupt gewonnen werden können.

Die großen psychologischen Schulen bekennen sich, soweit sie sich mit Pädagogik überhaupt befassen, mehr oder weniger deutlich zu einer prospektiven Tendenz: **Freud** sieht die Hauptaufgabe der Pädagogik ganz allgemein in der Erziehung zum Realitätsprinzip, **Adler** will die Menschen zum Gemeinschaftsgefühl, **Kronfeld** zum Stärkersein erziehen. Es liegt hier überall der Gedanke zugrunde, den Einzelnen durch pädagogische Maßnahmen zu einer besseren Anpassung an die Erfordernisse des Lebens zu befähigen, wobei zunächst auf ein Verhalten der Gemeinschaft gegenüber dem Individuum nur soweit Bedacht genommen wird, als die Gemeinschaft Mittel benötigt, um die Unterwerfung des Individuums unter ihre Ziele und Forderungen zu erzwingen.

Es wurde schon an anderer Stelle¹⁾ darauf hingewiesen, daß die Erziehung zum Glücklichersein, die von **Adler** indirekt und von **Kronfeld** sogar direkt als die Ziele der Gemeinschaft gefährdend abgelehnt wird, der **Freud**schen Konzeption vom Lustprinzip in ihrer ursprünglichen konsequenteren Form am besten entspräche. Von diesem Gesichtspunkte aus kann sowohl der Triebverzicht als auch die Notwendigkeit der Unterwerfung unter andere, das Lustgleichgewicht bedrohende Forderungen der Gemeinschaft dem Individuum besser verständlich gemacht werden.

Auch die Psychotherapie Schizophrener hat nur dann Aussicht auf Erfolg, soweit der Krankheitsprozeß einen solchen überhaupt möglich erscheinen läßt, wenn es gelingt, den Kranken davon zu überzeugen, daß eine möglichst gesunde Haltung für ihn am vorteilhaftesten, am lustvollsten sei; und wo, ohne daß das unerbittliche

¹⁾ Konstitution und Lustprinzip. Bericht über d. II. allg. ärztl. Kongreß für Psychotherapie in Bad Nauheim 1927. S. Hirzel, Leipzig, 1927.

Schicksal eines unaufhaltsam progredienten Prozesses unser Wirken aussichtslos macht, die psychotherapeutischen Bemühungen an dem Autismus des Kranken scheitern, ist dieses Scheitern nur dadurch verständlich, daß die Bekehrung des Kranken zur sozialen Einfügung durch den ihm aus der autistischen Haltung zuteil werdenden Lustgewinn verhindert wird.

Es scheint uns aber nach den Erfahrungen, die wir in jahrelanger Beobachtung schizophrener Persönlichkeiten gewonnen haben, hier noch ein anderes Motiv mitzuwirken.

Gegenstand unserer Beobachtung sind 33 Schizophrene, die in der Zeit von 1922—1928 in unsere ambulatorische Behandlung gekommen sind²⁾. Es befinden sich darunter vorwiegend jugendliche Personen, nur 7 unter ihnen sind über 40 und eine über 50 Jahre alt. Die Beteiligung der Geschlechter ist eine gleichmäßige, wir haben es mit 17 Männern und 16 Frauen zu tun. Das schizophrene Mißtrauen, das sich uns, wie gar nicht anders möglich, auch in unseren Fällen immer wieder aufdrängte, veranlaßte uns zunächst dazu, den Ursachen dieser bekannten, aber noch wenig erklärten Erscheinung nachzuforschen. Und da ergab sich nun, daß die Kranken den Beginn ihres Mißtrauens sehr regelmäßig mit irgendeiner Enttäuschung in ursächlichen Zusammenhang brachten, die ihnen von ihrer Umgebung, meist von einer bestimmten Person der Umgebung, bereitet wurde. Wir fanden zunächst in 14 von unseren Fällen, und zwar 8 männlichen und 6 weiblichen, in der Vorgeschichte einen Vertrauensbruch von seiten der Eltern. 10 andere beklagten sich über Vertrauensbruch von seiten anderer Personen der näheren Umgebung. Hierbei spielen Erzieher, Lehrer, Vorgesetzte, Arbeitskollegen, Sexualpartner eine Rolle. In einem Falle war eine Verurteilung wegen falscher Zeugenaussage vorangegangen, die vom Kranken als schweres Unrecht empfunden wurde und auch zweifellos ungerecht war, selbst wenn, was nicht ermittelt werden konnte, der Tatbestand der falschen Aussage vorgelegen haben sollte. Zwei weibliche Kranke führten ihre seelische Gleichgewichtsstörung auf erlittene Notzuchtsattentate zurück. Vier Kranke glaubten durch eine ihrer Meinung nach ungerechtfertigte Internierung dauernd geschädigt worden zu sein. Nur in 5 von unseren 33 Fällen konnte ein Zusammenhang mit einer durchgemachten Vertrauenskrise nicht erhoben werden.

²⁾ Die Beobachtungen entstammen zum größten Teile dem psychotherapeutischen Ambulatorium der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik in Wien.

Es ist im einzelnen Falle zweifellos schwer, dem Einwande wirkungsvoll zu begegnen, daß Schizophrene schon in der prämorbid^{en} Zeit krankhaft mißtrauisch sind und aus dieser Tatsache die Häufigkeit der erwähnten Vertrauenskrisen erklärt werden könne. Gegen diesen Einwand spricht allerdings die relativ große Zahl der einschlägigen Beobachtungen. Ferner läßt sich in den meisten Fällen an der Hand einer genau erhobenen Anamnese der Nachweis erbringen, daß der betreffende Kranke um die kritische Zeit seiner Umgebung keineswegs durch besonders mißtrauische Einstellung aufgefallen, zweitens, daß ein Vertrauensbruch von seiten irgendeiner für den Kranken bedeutungsvollen Persönlichkeit tatsächlich begangen worden ist, und endlich sind auch die in einer größeren Zahl unserer Fälle erzielten therapeutischen Erfolge nach ihrem Verlauf mit Sicherheit in erster Linie darauf zurückzuführen, daß dem Arzte durch vollen Einsatz seiner eigenen Persönlichkeit die Wiederaufrichtung des Vertrauens beim Kranken gelungen ist.

Welche Richtlinien ergeben sich aus den gemachten Erfahrungen zunächst für die Erziehung schizophreniegefährdeter Kinder? Zunächst müssen alle Personen der näheren und fernerer Umgebung, also vor allem die Eltern, etwaige ältere Geschwister, in zweiter Linie Erzieher und Lehrer, insbesondere auch die Ärzte, mit denen die Kinder im Erkrankungsfalle Bekanntschaft machen, alles vermeiden, was zur Entstehung des Mißtrauens Veranlassung geben könnte. Dazu gehört nicht nur unbedingte Wahrheitsliebe, sondern, wie uns scheint, noch vielmehr die Verlässlichkeit des Handelns. Das Kind ist schwach und ist sich dieser Schwäche frühzeitig bewußt. Das gilt schon vom gesunden, in noch viel höherem Grade aber vom psychisch belasteten Kinde. Die Panikstimmung, die den Erwachsenen in schwierigen seelischen Situationen, denen er sich nicht aus eigener Kraft gewachsen fühlt, unvermeidlich befällt, sobald er an der Verlässlichkeit seiner Umgebung, an der Sicherheit des ihm von der Gemeinschaft gewährten Schutzes zu zweifeln beginnt, spielt in der seelischen Entwicklung des Kindes eine viel größere Rolle, als bisher im allgemeinen angenommen wird.

Die Verlässlichkeit der Umgebung ist für das Kind in zwei Beziehungen unentbehrlich: Die Eltern, Erzieher und andere müssen nicht nur in überzeugender Weise ihren guten Willen gegenüber dem Kinde bekunden; das Kind muß auch überzeugt sein, daß die Eltern, um die es sich ja in der Frühperiode meistens ausschließlich handelt, stark genug sind, um ihm unter allen Umständen die notwendige Hilfe und den unentbehrlichen Schutz zu gewährleisten.

Die seelische Situation des Kindes birgt in dieser Richtung eine ganze Reihe von Gefahrenmomenten. Schon die frühzeitig einsetzende Notwendigkeit des Triebverzichtes ergibt zahlreiche Konfliktmöglichkeiten zwischen den Eltern und dem Kinde, die das Vertrauen ernststen Belastungsproben aussetzen. Das bezieht sich nicht nur auf das sexuelle Gebiet, sondern auf die ebenso frühzeitigen Geltungs-, Besitz- und Machtwünsche, denen allen die Eltern als die ersten und nächsten Vertreter der Gemeinschaftsforderungen gegenüber dem Kinde entgentreten müssen. Und es ist vielleicht das schwierigste Problem bei der Erziehung des Kleinkindes, es von der Notwendigkeit des Triebverzichtes wirksam zu überzeugen, ohne daß hierbei Zweifel an der guten Gesinnung der Eltern auftauchen können.

Ungefähr zugleich mit dem Einsetzen der Latenzperiode, in der nach Freud die Sublimierung der kindlichen Triebe die größten Fortschritte machen soll, beginnt gewöhnlich der Schulunterricht und damit eine ziemlich plötzliche und recht bedeutende Erweiterung des Gemeinschaftsrahmens. Damit werden auch die Gefahren einer Vertrauenskrise sprunghaft gesteigert. Es ist nicht möglich, hier auf alle Einzelheiten einzugehen; wir müssen uns zunächst damit begnügen, auch hier wiederum von allen erwachsenen Personen unbedingte Verlässlichkeit im Wollen und, soweit als möglich, auch im Können zu verlangen, während die Verlässlichkeit der Altersgenossen gegenüber dem einzelnen Kinde viel schwerer zu erreichen, keineswegs ausschließlich in der Macht des Erziehers gelegen ist und glücklicherweise auch bedeutend weniger ins Gewicht fällt, da die Altersgenossen dem Kinde zwar als Freunde und Gespielen, aber nicht als Beschützer unentbehrlich sind. Es ist bekannt, daß in dieser Zeit viel weniger der autoritative Druck, als viel mehr die überzeugende Kraft der Überredung und des Beispiels das Kind zum Triebverzicht und zur Sublimierung zu führen vermag. Eine der größten Schwierigkeiten, auf die in anderem Zusammenhange von der Freudschen Schule wiederholt gewiesen wurde, besteht darin, daß vom Kinde häufig genug der Verzicht auf gewisse Triebbefriedigungen verlangt wird, die sich Erwachsene unbedenklich erlauben. Darin ist wohl eine der schwersten Gefahren für das Vertrauen zu erblicken. Es ist auch hier wiederum unmöglich, auf alle Einzelheiten einzugehen. Wie gefährlich es für die seelische Entwicklung von Kindern ist, wenn sie zu Zeugen von sexuellen Handlungen Erwachsener gemacht werden, haben Freud und seine Schüler oft genug hervorgehoben. Es scheint, daß unser Gesichtspunkt dazu beitragen wird, die aus der

genannten Ursache entstehenden seelischen Gleichgewichtsstörungen noch besser verständlich zu machen, als es bisher möglich war.

In der Präpubertäts- und Pubertätszeit haben wir die letzte Periode einer gesteigerten seelischen Verwundbarkeit, wenigstens unter normalen Umständen, vor uns. Die Tendenz, sich zugleich mit der Neuorientierung der Sexualität auch in anderer Beziehung möglichst vollständig von den Eltern und auch von den anderen Personen, die bis dahin im Leben des Kindes gewissermaßen eine autoritative Rolle gespielt haben, möglichst loszulösen, führt hier zu einer Voreingenommenheit, die mit Recht mit der der Schizophrenen verglichen wird und die ganz besondere Vorsicht von seiten der Erwachsenen erfordert.

Welche Gefahren der Vertrauensbruch von seiten der Gemeinschaft gegenüber dem Einzelnen auch noch beim Erwachsenen in sich birgt, ist nicht Gegenstand dieser Ausführungen, die nur zeigen sollten, wie wichtig das Vertrauen für die Entwicklung schizophreniegefährdeter Kinder ist. Die Anwendung der an schizophrenen Kranken gesammelten Erfahrungen auf die Erziehung im allgemeinen ergibt sich zum Teil aus dem Gesagten von selbst. Es wird Gegenstand künftiger Arbeiten sein müssen, die Bedeutung des Vertrauens für die Erziehung überhaupt noch näher auszuführen, nicht nur deshalb, weil nach den bisherigen dürftigen und unklaren Ergebnissen der Vererbungsforschung eine nur einigermaßen sichere Abgrenzung schizophreniegefährdeter Kinder gegen andere noch nicht möglich ist, sondern weil, wie wir bei anderer Gelegenheit aufzuzeigen versuchen wollen, das Vertrauen zur Verlässlichkeit der Gemeinschaft von der kleinsten bis zur größten Form überhaupt die wichtigste Grundbedingung für die Einfügung des Individuums in die Gemeinschaft bildet und daher auch in der Psychotherapie der Neurosen gebührend berücksichtigt werden muß. Endlich wird eine ausführliche Mitteilung der Krankenprotokolle unserer Schizophrenen als Beleg für die Richtigkeit unserer Beobachtungen notwendig sein. Ein Teil der Fälle ist allerdings schon in früheren Veröffentlichungen³⁾ enthalten.

³⁾ Psychotherapie der Psychosen. Z. Neur. Bd. 96 und Wien. klin. Woch. 1927, 36.

Psychotherapie und Politik.

Von

Priv.-Doz. Dr. W. MORGENTHALER,

Bern.

Die Kleinheit der Schweiz wird von vielen ihrer Bewohner einfach als Nachteil empfunden. Sie bedingt tatsächlich eine Engigkeit der Verhältnisse, ein näheres Beisammensein, einen erhöhten Druck, geringere Gelegenheit, auszuweichen, vermehrte Notwendigkeit, sich auseinandersetzen zu müssen usw. Alles das und noch viel anderes, das mit der Kleinheit unseres Landes zusammenhängt, hat aber doch nicht ganz nur negative Seiten. Von auswärts wird ja immer wieder darauf hingewiesen, daß in der Schweiz, was z. B. die Rassenfrage, die Sprachenfrage usw. betrifft, Verhältnisse vorhanden sind, deren Studium auch für andere, größere Länder von Wert sein kann.

Heute möchte ich Ihnen kurz zu zeigen versuchen, wie auf sozialem und politischem Gebiet bei uns Probleme in Angriff genommen und Lösungen versucht werden, die auch für andere mindestens interessant sein können. Und zwar möchte ich Ihnen von meinen Erfahrungen in fast zehnjähriger Zusammenarbeit mit der **Gewerkschaft** sprechen.

1921 stellte das Anstaltskartell des Schweiz. Verbandes des Personals Öffentlicher Dienste, das eine Sektion des Schweiz. Gewerkschaftsbundes ist und in dem etwa ein Drittel des schweizerischen Irrenpflegepersonals organisiert ist, ein Gesuch an die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie bei einer zu gründenden Zeitschrift für das Irrenpflegepersonal mitzuwirken. Nach starker Opposition wurde mit kleinem Mehr eine Mitwirkung auf Zusehen hin beschlossen. Vom Januar 1922 an erschien dann die „Kranken- und Irrenpflege“, die einen ersten fachtechnischen Teil mit einem Psychiater und einen zweiten gewerkschaftlichen Teil mit einem Gewerkschaftssekretär als Redakteur hatte. Mit der Redaktion des fachtechnischen Teiles betraut, hatte ich dann eine eigentümliche Stellung, indem ich einerseits mit den Gewerkschaftsorganen zusammen zu arbeiten hatte, andererseits der Gesellschaft für Psychiatrie für meine Tätigkeit verantwortlich war. Diese Doppelstellung war zeitweise nichts weniger als angenehm, hat mir aber im Laufe der Jahre immer mehr neue Einblicke und Einsichten eröffnet, meine Einstellung zu gewissen sozialen und politischen Fragen revidiert und auf eine teilweise neue Grundlage gestellt. Im folgenden können nur einige wenige Andeutungen darüber gemacht werden¹⁾.

¹⁾ Für alles weitere verweise ich auf meine Schrift „Über seelische Bereitstellung“, Verlag Huber, Bern.

Im Anfang kam ich ausschließlich als Redakteur mit den Gewerkschaftlern zusammen. Nach und nach wurden aber in den Ausschußsitzungen immer mehr auch andere Geschäfte behandelt und seit mehreren Jahren werde ich regelmäßig auch zu den Sitzungen des erweiterten Vorstandes eingeladen und zu Rate gezogen. Ich nehme an diesen Sitzungen, wenn es mir möglich ist, teil und habe den Eindruck, daß die Leute zu mir Vertrauen haben, trotzdem ich nie ein Hehl daraus gemacht habe, daß ich auf bürgerlichem Boden stehe und mit vielem, das sie vertreten, prinzipiell nicht einverstanden sei.

Bei dieser Zusammenarbeit lernte ich nun die Gewerkschaft und ihre Funktionäre immer mehr von einer neuen Seite kennen. Vorher waren auch für mich die Gewerkschaftler zum größten Teil einfach Störenfriede gewesen, die vom Unfrieden der Parteien lebten und vor deren Berührung ein rechter Anstaltsvater sein Personal nach Kräften bewahren mußte. Erst als ich in die große Maschinerie der modernen Gewerkschaft immer mehr hineinsehen konnte, kam ich zur Einsicht, daß die Gewerkschaftsführer nicht nur eine Unsumme von sozialer Arbeit leisten, sondern auch, daß das vermittelnde, Gegensätze Überbrückende dieser Leute unendlich viel größer ist und von ihnen auch viel wichtiger genommen wird, als das Gegenteil. Der Außenstehende hat kaum eine Ahnung von der äußerst schwierigen Stellung, die die Führer ihren eigenen Leuten gegenüber oft haben; von all der Mühe, die aufgewendet werden muß, die eigenen Leute zu beschwichtigen, Sonderaktionen abzubremesen, Einzelforderungen dem großen Programm anzugleichen, die Leute beisammen zu behalten und immer wieder zu ermuntern. Der moderne Gewerkschaftsfunktionär tritt dem Betriebsleiter gegenüber erst dann energischer auf, wenn alle Vermittlungsversuche fehlgeschlagen haben. Das schweizerische Anstaltskartell hat in seiner Statutenrevision vom letzten Jahr den Streikparagraphen überhaupt fallen gelassen. Die Leute erklären offen, daß sie durch Verhandlungen auf gesetzlichem Boden weit mehr erreichen können, als mit der starken Hand, mit Drohungen, Streiks usw. Dies ist aber das gerade Gegenteil der prinzipiellen Hetzarbeit, deren sie immer wieder bezichtigt werden. Ich bin fest überzeugt, daß die Personalverhältnisse bei uns ohne die unermüdliche Tätigkeit der Gewerkschaftsführer viel zerfahrener wären, als sie es gegenwärtig sind. Einzelne dieser Führer haben eine ausgezeichnete Witterung für die Forderungen unserer Zeit und ein instinktives Erfassungsvermögen von dem, was not tut, wie ich es bei uns Bürgerlichen kaum je gefunden habe.

Dabei lernte ich allerdings auch die schwachen Seiten dieser Leute zur Genüge kennen: Es gibt unter ihnen Kampfhähne, unüberlegte Draufgänger und Leute, die einseitig in Irrtümern befangen

sind. Vor allem waren viele bis vor kurzem den wirtschaftlichen Fragen gegenüber noch recht naiv eingestellt. Gerade darin aber ändern sie sich von Jahr zu Jahr. Die Leute haben, auch was das Wirtschaftliche betrifft, eingesehen, daß sie durch tieferes Eindringen in diese Fragen mehr erreichen, als durch Schlagworte, Ablehnung und überspannte Forderungen. In den Bildungsprogrammen und mehr noch bei einzelnen Gewerkschaftsführern selber kann man ein wachsendes Interesse für wirtschaftliche Tatsachen konstatieren.

Aber nicht nur die Gewerkschaftler, sondern auch die Bürgerlichen lernte ich bei dieser Arbeit von einer neuen Seite kennen. Ich sah nun sozusagen die Rückseite der Gemeinschaft, in die ich bisher selber fest verflochten gewesen war. Als ich in meinem neuen Wirkungsfeld anfang, die eine oder andere mir nicht ganz unvernünftig scheinende Forderung der Gewerkschaft unbefangener anzusehen und schriftlich und mündlich zu vertreten, bekam nun plötzlich meine eigene Gemeinschaft ein anderes Gesicht, indem eine große Zahl von Bürgerlichen automatisch mit einer Gegeneinstellung reagierte, vor allem mit einem lange Zeit fast unüberwindlichen Mißtrauen auch mir persönlich gegenüber. Die einen zweifelten mehr meinen guten Willen an und bezeichneten mich als geheimen Bolschewisten, andere mehr meine Kritik. Ich lernte mit der Zeit erkennen, wie ein großer Teil der Bürgerlichen politischen Fragen gegenüber ausgesprochen neurotisch eingestellt ist. Die starken Bindungen an die eigene Gemeinschaft, Partei, Klasse, die Schlagworte und Grundsätze, die nicht mehr tieffinnere Überzeugungen, sondern mehr äußere Formeln und Schutzeinrichtungen sind, die Komplexe und die Angst, die dahinter stehen, das überkritisch Ablehnende von Fremdeinflüssen und das unkritisch Gläubige und Anlehnungsuchende an die Eigengemeinschaft, das Instinktunsichere und Verantwortungsscheue und vieles andere zeigte mir, wie unfrei und gehemmt ein großer Teil von uns diesen Fragen gegenübersteht. Wir sind halt eben auch im Privatleben seelische Spezialisten geworden und dies um so mehr, je höher kultiviert wir sind.

Zwischen diesen beiden Polen der Gewerkschaft und der Bürgerlichen waren nun, wie bereits bemerkt, meine Erfahrungen äußerst wechselnd von der heftigsten Ablehnung bis zur stärksten positiven Einstellung mir gegenüber bald der einen, bald der anderen Seite. Dieses Hin-und-her-gezerrt-werden von den Parteien Haß und Gunst war anfangs oft ungemein peinlich. Manchmal habe ich dabei den Mut fast verloren. Bald aber gewann ich einen immer festeren Standpunkt und erfuhr nun, wie viel freier und innerlich unabhä-

ger einen gerade solche Kämpfe machen können, vorausgesetzt, daß man sich richtig zu ihnen einstellen kann, daß man aktiv, lebendig bleiben kann, ohne sich lähmen oder verbittern zu lassen.

So sehr mich die Aufgabe, vor die ich gestellt war, reizte, so sehr hing ich, was die Einstellung und das Methodische anbetrifft, anfänglich in der Luft. Ich war weder Vorgesetzter noch Untergebener, weder bloßer Mitarbeiter noch einfach Gegner, manchmal beides zugleich oder verschiedenes nacheinander. Nach anfänglichem Abwarten und Tasten, nach den verschiedensten Fehlern und schmerzlichen Erfahrungen hat sich mir diesen Problemen gegenüber dann nach und nach eine Einstellung herauskristallisiert und immer mehr gefestigt, die ich als eine *psychotherapeutische* bezeichnen möchte. Darüber nur einige Andeutungen:

Wenn ein neues Problem auftauchte, Schwierigkeiten, schwere Differenzen, prinzipielle Verschiedenheiten usw. sich zeigten, so versuchte ich erst äußerlich einfach abzuwarten, innerlich mich einzufühlen und auf den Standpunkt der Betreffenden zu stellen. Schon durch dieses Zuwarten, Fragen und Analysieren kam dann etwelche Abklärung und Objektivierung der Gegenseite zustande.

Das Zweite war ein Betonen des Positiven, Vernünftigen, Guten; ein Unterstreichen derjenigen Punkte, die ich billigen, bei denen ich mitgehen konnte. Auch dadurch fielen wieder eine große Anzahl von falschen Einstellungen und überspannten Forderungen jeweils ganz von selber dahin.

In der Einstellung zum Negativen, d. h. zu denjenigen Punkten, bei denen ich in keiner Weise mitgehen konnte, verhielt ich mich anfangs ignorierend und versuchte darüber hinweg zu sehen; erst wenn das nicht ging, wurden die Einzelheiten direkt kritisiert und mit Begründung abgelehnt. Meist geschah dies rein sachlich, hin und wieder aber auch mit Energie und Affekt. Sehr oft war dies aber gar nicht nötig, indem durch Unterstreichen des Positiven ganz von selber die notwendigen Korrekturen zustande kamen.

Auf diese Weise ergab sich dann immer mehr eine Entwicklung der *Eigengesetzlichkeit* der verschiedenen Probleme und der ganzen Bewegung. Währenddem ich mich im Anfang mit Besorgnis gefragt hatte, ob es mir wohl gelingen werde, die Leute einigermaßen mit meinen eigenen Ansichten vertraut zu machen, versuchte ich dies später gar nicht mehr; sondern ich versuchte einfach, all den guten Willen, der da von unten her zum Licht drängte, zu fördern und zu entwickeln, auch auf die Gefahr hin, daß vieles davon noch recht unklar war oder in Formen und Maskierungen auftrat, die im ein-

zelenen nicht zu billigen waren. Die einzige Forderung, an der von Anfang an unverrückbar festgehalten wurde, war die, daß bei aller Freiheit der Kritik eine prinzipielle Zusammenarbeit stattfinden müsse und keine prinzipielle Ablehnung und Hetze aufkommen dürfe.

Die ganze Zusammenarbeit wirkte dann aber auch auf meinen eigenen Standpunkt zurück, im Sinne einer Korrektur meiner eigenen ursprünglichen Einstellung zu allen diesen Fragen. Bei allem Festhalten an meiner prinzipiell anderen Einstellung schwand doch auch bei mir das anfängliche Mißtrauen und der ursprüngliche lähmende Skeptizismus diesen Problemen gegenüber immer mehr und ging bei aller Kritik nach und nach über in einen Glauben, daß in dieser Beziehung bei richtigem Herangehen an die Leute erheblich mehr zu erreichen sei, als man im allgemeinen annimmt.

Dabei haben wir nicht wie ähnliche viel größere Bestrebungen (Dinta usw.) versucht, die Idee von außen, d. h. von der Arbeitgeberseite her an die Arbeiter heranzubringen, sondern wir haben uns äußerlich in den Dienst der sogenannten Gegenseite gestellt und haben uns quasi assimilieren lassen, dabei ganz von selber auf die Geister und die Bewegung als Ferment wirkend.

Dies war viel schwieriger, als man sich denkt und als ich selber anfangs geglaubt habe. Nirgends wie gerade beim tieferen Eindringen in soziale und politische Fragen kommt einem schmerzlich zum Bewußtsein, wie sehr wir gebildete Kulturmenschen die natürliche Einstellung und das richtige instinktive Erfassen einfachen Dingen gegenüber verloren haben. Dies klar zu erkennen, ist schon ein Schritt vorwärts. Den Weg zur natürlichen Einstellung zurück findet der einzelne wohl kaum mehr. Mit Rousseaus Forderungen können wir für unsere Fragen nicht mehr viel anfangen. Für uns gilt es vielmehr, einen Ersatz für das Verlorene zu suchen. Freud und andere wollen den mangelnden Instinkt durch Verstandesfunktionen ersetzen. Für unsere konkreten Fragen der Einstellung zu sozial und politisch anders organisierten Mitmenschen ist meiner Überzeugung nach ein Ersatz durch eine Einstellung, wie ich sie kurz skizziert und als *Psychotherapeutisch* bezeichnet habe, das Beste.

Eine solche Einstellung läßt sich natürlich nicht aus Büchern herauslesen. Sie muß praktisch gesucht, erfahren und erprobt, muß erlebt sein. Wohl aber ist es gerade für diese Probleme ungemein wichtig, daß die praktischen Erfahrungen und Erkenntnisse immer wieder an der Theorie orientiert und gemessen werden.

Aus all dem ergibt sich nun von selber die Rolle des Psychiaters und des Psychotherapeuten in der Gesellschaft und in der Politik. Nicht jeder ist berufen, ein Staatswesen zu leiten. Wohl aber kann jeder von uns von der Stelle aus, an die er hingestellt ist, auf seine Umgebung noch viel stärker psychologisch-psychotherapeutisch einwirken, als dies gegenwärtig meist noch der Fall ist.

Damit dies möglich ist, sind vor allem bei uns selber verschiedene grundlegende Umstellungen nötig: Wir sollten erstens noch etwas mehr über die Anstaltsmauern und die Laboratorien hinaus ins Leben hineinsehen und lernen, die tieferen Kenntnisse und Erkenntnisse, die wir Kraft unseres Berufes haben, noch besser auch auf andere Gebiete zu übertragen und anzuwenden. Ich glaube, daß man das kann neben aller Hochhaltung der Wissenschaft.

Zweitens sollten gerade wir den allzu großen Respekt vor der Alleinherrschaft des Technischen im weitesten Sinne überwinden können oder doch den Mut haben, dem Technischen das Seelische wieder als mindestens ebenbürtig an die Seite zu stellen, auch in den praktischen Fragen des täglichen Lebens, den Personalfragen, der Politik usw. Wir sollten, was die Behandlung persönlicher Fragen anbetrifft, in unseren Betrieben nicht mehr blind den Techniker und den Kaufmann nachzuäffen versuchen, sondern wir sollten das Technische und Kaufmännische in den Dienst des Seelischen stellen und weit über unsere Betriebe hinaus den anderen Führer werden, in allen denjenigen Fragen, die Persönliches, Psychisches, Menschliches angehen.

Drittens sollte die einseitige, oft direkt überspannte Einstellung nach oben, die oft in blinde Unterwürfigkeit ausartet, bei aller Straffheit der Disziplin einem freieren Verhalten Platz machen.

Und viertens endlich sollte die Einstellung nach unten anders werden. Ich weiß, dies ist das Schwerste. Wir sind so erzogen, daß die unteren Schichten für uns meist recht wenig anziehend sind. Könige und Dichter sind uns interessanter als Arbeiter und Bauern. Das Problem einer neuen Orientierung nach unten wird für uns aber mit jedem Jahr wichtiger und dringender²⁾.

Man verstehe mich recht: Ich meine nicht, daß die Psychologen, Psychiater und Psychotherapeuten sich nun in Scharen in die Politik hineinstürzen sollen. Wohl aber hat jeder von uns in den politischen

²⁾ Morgenthaler, Zur Psychologie der Orientierung nach unten. Sozialärztliche Rundschau Nr. 2, 1930.

und unpolitischen Kreisen, in die er hineingestellt ist, Gelegenheit genug, in noch viel höherem Maße als bisher, gesunde psychologische Ansichten zu vertreten und das Verständnis für sozial wichtige psychopathologische und psychotherapeutische Fragen zu fördern. Wird aber einer von uns an einen Platz gestellt, an dem er im Neben- oder gar im Hauptamt politisch tätig sein muß, so sollte er nie aus dem Auge verlieren, daß das praktisch-psychologische Rüstzeug, das er mitbringt, etwas ist, das er vor allen anderen Politikern voraus hat und das er anwenden sollte auch auf die Gefahr hin, bei den einen oder anderen im Anfang diesem Neuen gegenüber Befremden zu erregen oder auf Widerstand zu stoßen. Ich habe jahrelang immer wieder gesehen, wie dankbar einem nachträglich die Leute werden, wenn man sie in ruhigem Durchhalten nach und nach psychologisch denken und psychotherapeutisch handeln lehrt. Prinzhorn^{*)} verlangt vom Psychotherapeuten mit Recht, daß er Führer sei. Umgekehrt aber ist es von größter Wichtigkeit, daß unsere politischen Führer in höherem Maße Psychotherapeuten werden.

Haltung und Persönlichkeit.

Von

Prof. Dr. J. H. SCHULTZ,

Berlin.

Das Problem der Haltung findet in den letzten Jahren zunehmende wissenschaftliche Bedeutung. So hat Klages in der jüngsten kurzen Zusammenfassung seiner charakterologischen Lehre diese Kategorie und ihre allgemeine Problematik besonders gewürdigt, und Zutt aus der Berliner Psychiatrischen Klinik unterzog die Frage der Haltung, besonders im Bereich der Psychopathologie, vor kurzem einer eingehenden Bearbeitung. Obwohl beide Autoren

^{*)} Prinzhorn, Psychotherapie. Voraussetzungen, Wesen, Grenzen. Georg Thieme Verlag, Leipzig 1929.

nicht bezug nehmen auf meine nach dieser Richtung liegenden lang-jährigen Studien, dürfte es nicht unwahrscheinlich sein, daß sie zum Teil von dieser Seite gewisse Anregungen empfangen haben. Grundsätzlich handelt es sich immer um die Frage, wie weit selbst- oder fremdgesetzte Haltungsänderungen für die Persönlichkeitsgestaltung bedeutsam werden können. Wir erinnern an die Möglichkeit einer Prägung der Persönlichkeit durch Berufshaltungen. Hier, wie Klages neuestens mit Recht hervorhob, sehen wir Verbindungen zum Wesen der Berufstypen, zur charakterologischen Eigenart „des“ Pastors, Offiziers, Kaufmanns usw. Es dürfte nicht nur rein gewöhnungsmäßiges Sichsoundsoverhalten sein, das hier allein entscheidet, so wenig wir im Gegensatz zu manchen allzu geistespsychologischen Forschern geneigt sind, die Bedeutung solcher mehr mechanischer Einwirkungen zu unterschätzen; sondern wir dürfen daneben eine Selbstidentifizierung des Menschen mit seinem psychologischen Berufskleide annehmen. Auch hier, wie ich es früher einmal hinsichtlich der ganzen Frage Beruf und Nervosität auseinander setzte, wird ein Kampf zwischen Ich und Beruf auszufechten sein; auch hier wird es sich darum handeln, wie weit der Beruf mit seiner etwas unpersönlichen Prägung den Eigenmenschen auslöscht, oder dieser nur im Vollzuge der Berufstätigkeit eine gewissermaßen amtierende Stellung einnimmt, der er sich als „privater Mensch“ zu entziehen weiß. Schon bei dieser anscheinend einfachen, in Wahrheit ungeheuer komplizierten Frage können wir eine Reihe zentraler psychologischer Probleme auftauchen sehen, deren näherer Bearbeitung wir nicht entraten können, wenn wir unserem Problem einigermaßen gerecht werden wollen.

Wir nennen an erster Stelle das Problem, wie weit im Kampfe von Haltung und Persönlichkeit „Echtes“ (Persönlichkeit) mit „Unechtem“ (Haltung) konkurriert und werden dadurch ebenso unmittelbar wie unausweichlich zu Stellungnahmen geführt, die etwa in den Bemühungen um die selbstgerechte Entwicklung naturhaft menschlicher Eigenart im Gegensatz zu Zwang und Verkümmern durch pädagogische Einschränkungen heute vielfach leidenschaftlich erörtert werden; kein Zweifel, daß wir uns hüten müssen, zwischen Persönlichkeit—Haltung und Echt—Unecht irgendeine direkte Proportion herzustellen. Die Dinge liegen komplizierter, und wir wollen nur andeuten, daß aus „echtem“ Erlebniszwange tiefster Provenienz eine Haltung erwachsen kann, die dem „Natürlichen“ durchaus zuwiderläuft. Denken wir etwa an die Fleischverleugnung echter fanatischer Idealisten. Die Frage Echt—Unecht gewinnt erst direkte

Beziehung zu unserer Gegenüberstellung von Persönlichkeit und Haltung, wenn wir hinter sinnenfeindlicher Gebärde Lüsternheit erkennen. Hier dürfen wir von unechter Haltung sprechen und betreten das weite Reich jener psychologischen Selbst- und Fremdtäuschungen, deren aufätzendes Scheidewasser Nietzsche reichte.

Der Bezug zu echt und unecht führt uns einen Schritt weiter. Wir erkennen, daß für die charakterologische Wertung einer Haltung vor allen Dingen zwei Punkte entscheidend sind: ihre Motivierung und eng damit verbunden die unmittelbare Hingabefähigkeit des sich Haltenden an die Haltung.

Haltung als Eingriff an uns selbst, wenn sie bewußt geschieht, als Auslieferung ans Fremderleben, oft auch unbewußter Art, erscheint uns mit Recht in nächster Beziehung zu den letzten Problemen der inneren Freiheit und der Selbstverwirklichung¹⁾. Der Löwe als freier Wüstenkönig erscheint uns „lebendiger“ als ein dressierter Löwenartist bei Hagenbeck; aber so wichtig die unermüdliche Rückkehr zu den (organisch) einfachen Verhältnissen des Tierlebens zu immerwährender Kontrolle lebenskundlicher Erfassung des Menschen auch sei, wir werden darüber die Organisationsdifferenzen nicht vergessen dürfen, die Tierwelt und Menschsein trennen. Gleichwohl bleibt Haltung, ob echt oder unecht im oben skizzierten Sinne, ein Opfer menschlicher Natur, dessen schmerzliche Beglückung die wehmütige Anziehung erklärt, die kindlich naturhaftes Spiel und tierisch-gelöste Bestienhaftigkeit auf uns ausüben.

Als Hinweis wäre hieraus zu gewinnen, daß eine Opferung Sinngefüge verlangt, daß sie nur im Zusammenhange wesentlicher Motivierung bestehen kann. Nehmen wir diese Voraussetzung, so bietet sich als zweite grundlegende Einsicht, daß „Haltung“ charakterologisch nur bestehen kann, wenn sie mit voller Hingabe geschieht. Dem wirklich Frommen werden wir nie verargen, daß all sein Sprechen, Tun und Träumen etwas vom Geruch der Gottseligkeit trägt, so wenig wir einen epikuräisch schmatzenden, feisten Mönch als Bekämpfer der Fleischeslust ertragen wollen. Nicht nur die Frage echt und unecht ist hier berührt, sondern mindestens so sehr die der inneren Hingabe des wahrhaft Ergriffenseins von denjenigen Erlebnissen, die mit der Haltung verbunden sind. So kann es geschehen, daß die von Psychologen soviel geschmähte Maske einer Persönlichkeit das wahrere, das echtere Ich wird.

¹⁾ Über die neurosenpsychologische und psychotherapeutische Bedeutung dieser Phänomene siehe des Verf. Seelische Krankenbehandlung (Fischer, Jena 1960, 4. Aufl.), Kap. 9, Neurosenstruktur und Existenzialwerte.

Weniger entscheidend ist in diesem Zusammenhange, ob eine solche Haltung autochthon entstand, ob sie aus letzten Tiefen eigengängiger Persönlichkeit wuchs oder gewissermaßen als Geschenk von anderer Seite, von einem „Führer“ oder einem überlieferten Ideal übernommen wurde; kein Zweifel, wir werden die erste, die autochthone Haltung, höher einzuschätzen geneigt sein, da uns trotz des Widerspruchs der Wissenschaft (Lange-Eichbaum) das genial Produktive nie zur Ruhe kommen läßt. Und doch, vertiefen wir uns in die Entwicklung solcher Haltung im Individuum, so kann uns nicht selten die sekundäre Haltung, von anderer Seite übernommen, als größere und tiefere Persönlichkeitsleistung erscheinen.

Versuchen wir nach diesen allgemeinen Andeutungen etwas näher zu kennzeichnen, was denn für uns unter Haltung gemeint sei, so möchten wir als Haltung ein gegebenes Ichverhalten bezeichnen, das nicht in jedem Falle durchaus bewußt willkürlich zu wachsen braucht, sondern weit eher als ein hinggegebenes Ichverhalten bezeichnet werden darf. Dabei kann diese Hingabe ebensowohl fremdem idealen Vorbilde als selbstgestelltem Ziele gelten. Neben der schon anfangs erwähnten mehr aus Gewohnheit fließenden unterirdischen Haltungsentwicklung steht ihr volles Gegenteil, die erzwungene Haltung durch bewußte aktiv spannende Willensleistung, durch „Selbstbeherrschung“, „Selbstdisziplin“, „Zusammennehmen“ bis hinüber zu allen Bildern der Askese.

Psychologisch betrachtet, ist hier vor allen Dingen hemmender Willenseinfluß am Werk. Es werden Wünsche niedergeschrien, Entbehrungen mißachtet, Unlustgefühle niedergekämpft, Vitalreaktionen durch bewußte Spannung hinuntergebogen; kurz, wir sehen den Menschen auf dem Wege, den etwa ältere soldatische Erziehung in der „strammen Haltung“, asketische Tradition in der „Selbstüberwindung“ ging.

Zwischen diesen beiden Extremen hat das von mir eingeführte autogene Training eine dritte prinzipiell wichtige Möglichkeit eröffnet, zu der nur gewisse Analogien in der gymnastischen Selbsterziehung vorlagen. Das autogene Training läßt weder Haltungen unmerklich Fremdeinflüssen entwachsen, noch versucht es, durch Spannungsvermehrung eine „Härtung“, eine „Stählung“ zu erreichen; es ist vielmehr dadurch gekennzeichnet, daß im Anschluß an die Erfahrungen der echten Hypnose der Organismus zum Instrument konzentrativ entspannender Umstellung gemacht wird. So läßt sich bekanntlich ein systematischer Übungsweg zu Selbstentspannung, Selbstberuhigung und zunehmender, echte suggestive

Leistungen ermöglichender Versenkung bahnen. Im Prinzip, wie ich 1925 auf dem 1. Kongreß für Psychotherapie näher ausführte, wird hier mit einer Umkehr des Ausdrucksgesetzes gearbeitet. Schafft sonst Eigenerlebnis Persönlichkeithaltung, so wird hier durch systematische Änderung der Vitalhaltung das Erleben modifiziert; durch Änderung der Haltung die Persönlichkeit umgebildet.

Für das hier skizzierte Problem sind von besonderer Bedeutung die Erfahrungen des autogenen Trainings über Selbstruhigstellung und resonanzdämpfende Beseitigung störender Affekte, ferner die Erschließung eines direkten Zuganges zu meditativer Innenschau und Selbstklärung bis hinüber in das schwierige Reich der Nirwana-therapie²⁾.

Sehr beachtlich, und das ist eines der wesentlichen Ergebnisse dieser Überlegungen und Erfahrungen, ist wie bei allen Haltungsfragen so auch beim autogenen Training das Problem der Selbsthingabe. Bereitschaft hierzu darf als Normalphänomen gefordert werden, und es kann so nicht wundernehmen, daß mit steigender Entfernung vom Vitalkontakt, mit zunehmendem Hervortreten schwer neurotischer Veränderung (Realitätsentfremdung Freud) die Fähigkeit zum autogenen Training abnimmt, ja schließlich aufgehoben wird; einleuchtend ferner, daß eine gewisse dummdreiste Überheblichkeit Halbwissender oder Mißbelehrter die ganze Arbeit unmöglich machen kann. Solche Menschen erleben wohl Teilerscheinungen des Übungsverlaufs, aber sie schalten Widerstände ein, sie distanzieren sich vom „Nurkörper“ und vereiteln so die eigentliche Übungsarbeit. Zentrale Hemmungen allgemeiner Art (Angst!) haben denselben störenden Einfluß, so daß wir aus den vorstehenden Erwägungen zu reichende Erklärung dafür erhalten, daß nur bei einem autogenen Üben mit echter Haltungssuche, besonders hinsichtlich inneren Hingabewillens Erfolge möglich sind. Daß dieser Zusammenhang leicht irrtümlich auf fremdsuggestive Motivierung bezogen wird, ist leicht verständlich; jedoch geht eine solche Auffassung am Wesen der in Frage stehenden Arbeit durchaus vorbei, die in ihrer Eigenart konzentrativen, nicht „suggestives“ Vorgehen bedeutet.

²⁾ Siehe darüber besonders 4. Kongreß für Psychotherapie (Hirzel, Leipzig). Über gehobene Aufgabestufen im autogenen Training.

Die Physiologie der Hypnose¹⁾.

Von

F. G. STOCKERT,
Halle.

St. versucht eine Theorie der Physiologie der Hypnose dadurch zu gewinnen, daß er von alten Beobachtungen ausgeht, die bereits bevor die psychogene Auslösbarkeit der hypnotischen Phänomene erwiesen war, gemacht waren. Der englische Chirurg und Augenarzt Braid, der die Lehre von der Übertragung einer imponderablen Substanz vom Hypnotiseur auf den Hypnotisierten widerlegte, sah in seinen Fixationsversuchen von Gegenständen den wesentlichen Faktor, der zur Ermüdung führte, und wies bereits darauf hin, daß die Übungen der Yogapraxis ebenfalls Fixations- und Konvergenzstellungen der Augen empirisch für ihre autohypnotischen Versuche herangezogen haben. In der gleichen Richtung bewegten sich die sogenannten tierhypnotischen Experimente, die von dem bekannten Experimentum mirabile de imaginatione Gallinae des Jesuitenpaters Kircher ihren Ausgang nahmen und erst im wesentlichen darin bestanden, daß das Versuchstier durch besondere Bedingungen auf einen Punkt zu starren gezwungen wurde.

Mit dem Zeitpunkt, als die französische Schule den psychogenen Faktor in die Hypnosediskussion warf, gewannen alle diese Versuche nur mehr den Charakter des theatralischen Beiwerks oder Tricks, um die Suggestionwirkung zu unterstützen. Die Tierhypnose wurde als Chokwirkung angesehen und von der menschlichen Hypnose scharf unterschieden, und endlich schien auch die Beziehung zwischen dem hypnotischen und physiologischen Schlaf nur mehr einen mehr äußerlichen Charakter zu haben.

Erst ein psychologisches Studium des natürlichen Schlafes ergab wieder auffallende Parallelen mit dem auf hypnotischem Wege ausgelösten. So zeigte sich, daß auch der gewöhnliche Schläfer einen gewissen Kontakt mit seiner Umwelt aufrecht erhält, wie die Erfahrungen der Schlafwachen und der Kopfuhr erwiesen. Außerdem wurde auf den aktiv psychischen Vorgang der Einschlafsituation hingewiesen, da der Mensch doch im allgemeinen trotz Müdigkeit nicht gleich wo er geht und steht einschläft, sondern erst dann, wenn er gewisse äußere Bedingungen, sein sog. Einschlafzeremoniell, er-

¹⁾ Die ausführliche Wiedergabe des Vortrages ist in „Der Nervenarzt“, 1930, H. 8, erschienen.

füllt hat. Dieses kann nun einen so autonomen Charakter gewinnen, daß der Eintritt dieser äußeren Bedingungen allein schon schlaffördernd wirkt. Physiologisch findet dieser Tatbestand darin seine Erklärung, daß der Schlaf als eine vegetativ gesteuerte Funktion durch bedingte Reize erregt werden kann. Wir müssen also das psychologische Einschlafzeremoniell als ein Arrangement einer Situation auffassen, die zu einem bedingten Reflex, in diesem Fall dem Schlaf, führt. Genau dasselbe versucht aber der Hypnotiseur durch seine Suggestionen zu erreichen, deren Vorstellungsinhalt meist weitgehend der Einschlafsituation angepaßt ist.

Pötzl wies aber darauf hin, daß das Schlafzeremoniell auch mit unbedingten Reizen arbeitet, wobei er gerade im Bellschen Phänomen, der Schlafstellung der Augen im Sinne einer Aufwärts- und Auswärtsrollung der Bulbi, eine schlafauslösende Funktion sieht. Stockert und Velhagen konnten bei einer Reihe von Enzephalitikern durch bloßen Augenschluß in ganz kurzer Zeit Schlaf provozieren. Es konnte nun erwiesen werden, daß nicht der Mangel an Seheindrücken, sondern gerade das Bellsche Phänomen zu dieser Reaktion führte. Hoff wies als erster auf die vagotone Verschiebung der humoralen Situation im physiologischen und hypnotischen Schlaf hin, eine Konstellation des Organismus, die leicht durch bloße Überlüftung erzielt werden kann. Strauß konnte schon auf diese Weise bei einem narkoleptischen Postenzephalitiker Schlaf hervorrufen. Auch bei unseren Kranken konnte durch Hyperventilation dieser Erfolg erreicht werden, ebenso aber auch bei mit Barbitursäure vorbehandelten Gesunden, bei denen auf diese Weise das Schlafzentrum ähnlich wie beim Enzephalitiker sensibilisiert war. Zweig wies darauf hin, daß man von der schlaffördernden Wirkung der Hyperventilation bei der Auslösung des hypnotischen Schlafes bereits ausgiebig Gebrauch gemacht hat, wo die Aufforderung verlangsamer und vertiefter Atmung den Schlaf herbeiführen hilft.

Auch hier soll noch einmal auf die Atemübungen bei den autohypnotischen Versuchen in der Yogapraxis hingewiesen werden.

Man sieht also, daß sich der Hypnotiseur rein empirisch schon im wesentlichen der Methoden bedient, die auch dem physiologischen Einschlafzeremoniell entsprechen und dem Organismus die entsprechenden Grundlagen schaffen. (Autoreferat.)

Intensität der sich aus der objektiven und subjektiven „Massen-Situation“ ergebenden Symptome der Massenpsychose		Die Folge der seelischen und objektiven Situation, in der sich die Masse befindet, ist die	Die seelische durch die Tatsache der M-Bildung für den Einzelnen unmittelbar gegebene Situation			Die Eigentümlichkeit der Situation, in der sich die Masse vorfindet				
		Massen-Psychose	Besetzung des Bewußtseins durch die von der M. herkommenden Reize	Bewußtsein der körperlichen Macht und der Straflosigkeit der Masse (Despoteneinstellung)	Gemeinsamkeitsbewußtsein d. Masse	Wirkung der Ansteckung	Übereinstimmung in der seelischen Disposition der Massenglieder: Gemeinsamer Tiefen-Nenner der Masse	Hoher Affektwert der inneren und äußeren Situationen, in denen sich die Massen oft befinden	Unübersichtlichkeit und Schwierigkeit der inneren und äußeren Situationen und Probleme, vor denen sich die Masse oft befindet	Forderung raschen Entschlusses und Handelns, welche die Situation oft an die Masse stellt
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		im Erkenntnisgebiet: logisches Denken und (vor allem: ethisches) Werten :								
	8	a) Reduktion des Vermögens richtig zu denken und zu werten	•	•	•	•	•	•	•	•
	5	b) Bevorzugung bestimmter Denkkrichtungen (Einseitigkeit)		•	•		•	•		•
	7	c) Leichtgläubigkeit u. Wandelbarkeit (Glaube stellt sich leicht ein; wird durch sich aufdrängenden Gegenglauben leicht ersetzt)		•	•	•	•	•	•	•
		im Gebiet des:								
		Fühlens, Wollens, Handelns:								
	5	d) Erhöhung der Affektstärke		•	•	•		•	•	
		e) Gesteigerte Ansprechbarkeit, (Erregbarkeit) der Affekte, daher auch größere Wandelbarkeit		•	•	•		•	•	
	5	f) Vereinfachung und Vergrößerung der Affekte		•	•	•		•	•	
	6	g) Einseitigkeit der Affekte (Parteilichkeit, Unduldsamkeit)		•	•		•	•	•	•
		h) Qualität der Massen-Affekte:								
	3	1. ethisch positive Affekte: Begeisterung, Selbstvergessenheit, Tapferkeit, Opferwille			•	•		•		
	5	2. ethisch negative Affekte: Übermut, Wildheit, Haß, Grausamkeit		•	•	•	•	•		
	3	3. ethisch neutrale Affekte: Trauer, Verzweiflung, Schrecken				•		•	•	
	7	i) Aktivität und Impulsivität der Massen		•	•	•	•	•	•	•

- Heft 10: Die Abderhaldensche Reaktion mit bes. Berücksichtigung ihrer Ergebnisse d. Psychiatrie. Von Priv.-Doz. Dr. G. Ewald in Erlangen. Mk. 9.—
- Heft 11: Der extrapyramidale Symptomenkomplex (das dystonische Syndrom) und seine Bedeutung in der Neurologie. Von Prof. Dr. G. Stertz in Marburg. (Vergriffen.)
- Heft 12: Der anethische Symptomenkomplex. Eine Studie zur Psychopathologie d. Handlung. Von Priv.-Doz. Dr. O. Albrecht in Wien. (Vergriffen.)
- Heft 13: Die neurologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie und andere Aufsätze. Von Prof. Dr. A. Pick in Prag. (Vergriffen.)
- Heft 14: Ueber die Entstehung der Negrischen Körperchen. Von Prof. Dr. L. Benedek u. Dr. F. O. Porsche in Debreczen. Mit 10 Tafeln. Mk. 15.—
- Heft 15: Ueber die Bedeutung und Entstehung der Stereotypien. Von Priv.-Doz. Dr. Jakob Kläsi in Basel. (Vergriffen.)
- Heft 16: Ueber Psychoanalyse. Von Dozent Dr. R. Allers in Wien. Mk. 3.60
- Heft 17: Die Zergliederung des psychischen Krankheitsbildes bei Arteriosklerosis-cerebri. Von Nervenarzt Dr. S. J. R. de Monchy in Rotterdam. Mk. 3.—
- Heft 18: Epilepsie u. manisch-depressives Irresein. Von Dr. Hans Krisch in Greifswald. Mk. 3.—
- Heft 19: Ueber die paranoiden Reaktionen in der Haft. Von Dr. W. Försterling in Landsberg a. d. W. Mk. 3.60
- Heft 20: Dementia praecox, intermediäre psychische Schicht und Kleinhirn-Basalganglien-Stirnhirnsysteme. Von Prof. Dr. Max Loewy in Prag-Marienbad. Mk. 4.20
- Heft 21: Metaphysik und Schizophrenie. Eine vergleichende psychologische Studie. Von Dr. G. Bychowski in Warschau. Mk. 5.—
- Heft 22: Der Selbstmord. Von Priv.-Doz. Dr. R. Weichbrodt in Frankfurt a. M. Mk. 1.50
- Heft 23: Ueber die Stellung der Psychologie im Stammbaum der Wissenschaften und die Dimension ihrer Grundbegriffe. Von Dr. Heinz Ahlenstiel in Berlin. Mk. 1.80
- Heft 24: Zur Klinik der nichtparalytischen Lues-Psychosen. Von Dozent Dr. H. Fabritius in Helsingfors. Mk. 4.—
- Heft 25: Herzkrankheiten und Psychosen. Eine klinische Studie. Von Dr. E. Leyser in Giessen. Mk. 4.—
- Heft 26: Die Kreuzung der Nervenbahnen und die bilaterale Symmetrie des tierischen Körpers. Von Prof. Dr. L. Jacobsohn-Lask in Berlin. Mk. 5.40
- Heft 27: Kritische Studien zur Methodik der Aphasielehre. Von Priv.-Doz. Dr. E. Niessl von Mayendorf in Leipzig. Mk. 6.—
- Heft 28: Wesen u. Vorgang d. Suggestion. Von Dr. Erwin Straus in Berlin. Mk. 4.80
- Heft 29: Der hyperkinetische Symptomenkomplex und seine nosologische Stellung. Von Dr. Kurt Pohlisch in Berlin. Mk. 6.—
- Heft 30: Der Krankheitsbegriff in der Körpermedizin und Psychiatrie. Von Dr. R. Pophal in Stralsund. Mk. 5.70
- Heft 31: Ueber Genese und Behandlung der exsudativen Paroxysmen. (Quinckesche Krankheit, Migräne, Asthma usw.) Von Dr. G. C. Bolten im Haag Mk. 5.70
- Heft 32: Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis. (Psychosen bei den Eltern von Dementia praecox-Kranken). Von Priv.-Doz. Dr. H. Hoffmann in Tübingen. Mk. 7.20
- Heft 33: Gefühl und Erkennen. Von Dr. J. S. Szymanski in Wien. Mk. 12.—
- Heft 34: Der heutige Stand der Behandlung der progressiven Paralyse. Von Prof. Dr. L. Benedek in Debreczen. Mk. 15.—
- Heft 35: Ueber die Agraphie und ihre lokaldiagnostischen Beziehungen. Von Dr. Georg Herrmann und Prof. Dr. Otto Pötzl in Prag. Mk. 24.—
- Heft 36: Zur Kenntnis der psychischen Residuärzustände nach Encephalitis epidemica bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere der weiteren Entwicklung dieser Fälle. Von Priv.-Doz. Dr. med. et phil. Rudolf Thiele in Berlin. Mk. 7.—
- Heft 37: Ueber d. Verwahrlosung d. Jugendlichen. Von Prof. Dr. Werner Runge in Chemnitz u. Dr. Otto Rehm im St. Jürgen-Asyl b. Bremen. Mk. 7.50

Fortsetzung auf der nächsten Seite

- Heft 38: Gesundheit und Krankheit in Nietzsches Leben und Werk. Von Dr. med. et phil. Kurt Hildebrandt in Berlin-Wittenau. Mk. 8.40
- Heft 39: Das Wesen der affektfreien qualitativen Bedeutungsgefühle. Eine Untersuchung über den Stand des Gefühlsproblems. Von Dr. med. et phil. Karl Julius Hartmann in Münster i. W. Mk. 7.20
- Heft 40: Ueber congenitale Wortblindheit (angeborene Leseschwäche). Von Dr. med. Fritz Bachmann in München. Mk. 4.20
- Heft 41: Beiträge zur Kenntnis der mongoloiden Mißbildung (Mongollismus). Auf Grund klinischer, statistischer und anatomischer Untersuchungen. Von Dr. W. M. van der Scheer, Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort. Mit 44 Abbildungen. Mk. 12.—
- Heft 42: Nervensystem und spontane Blutungen. Mit besonderer Berücksichtigung der hysterischen Ecchymosen und der Systematik der hämorrhagischen Diathesen. Von Dr. Rudolf Schindler in München. Mit 5 Abbildungen. Mk. 4.20
- Heft 43: Beiträge zum Tieproblem. Von Dr. J. Wilder u. Dr. J. Silbermann in Wien. Mk. 8.40
- Heft 44: Keimdrüse, Sexualität und Zentralnervensystem. Von Dr. Otto Kauders in Wien. Mit 6 Abbildungen im Text. Mk. 10.80
- Heft 45: Die wissenschaftlichen Grundlagen der Psychoanalyse Freuds. Darstellung und Kritik. Von Dr. phil. et med. M. Nachmansohn in Luzern. Mk. 7.—
- Heft 46: Die paroxysmale Lähmung. Eine Studie über ihre Klinik und Pathogenese. Von Dr. Otakar Janota und Doz. Dr. Klement Weber in Prag. Mk. 11.—
- Heft 47: Die optische Allaesthesie. Studien zur Psychopathologie der Raumbildung. Von Dr. Georg Herrmann u. Dr. Otto Pötl in Prag. Mk. 28.—
- Heft 48: Die Psychosen der Schwachsinnigen. Von Dozent Dr. Rudolf Neustadt in Düsseldorf-Grafenberg. Mk. 15.60
- Heft 49: Über Umbau und Abbau der Sprache bei Geistesstörung. Von Priv.-Doz. Dr. F. G. Stockert in Halle a. d. S. Mk. 7.80
- Heft 50: Die Psychischen Reaktionsformen. Von Dr. Harry Marcuse in Berlin. Mk. 22.—
- Heft 51: Psychiatrie und Weltanschauung. Ein Beitrag zur Kultur der Gegenwart. Von Prof. Dr. W. Jacobi in Stadroda. Mk. 7.20
- Heft 52: Innere Sekretion und psychische Prozesse. Von Dr. W. N. Speranski in Stalin. Mk. 12.—
- Heft 53: Ueber den Aufbau der Funktionen in der Hörsphäre. Von Dr. Walter Börnstein in Frankfurt a. M. Mk. 9.60
- Heft 54: Die zentrale Abstimmung der Sehsphäre. Von Dr. Hans Hoff in Wien. Mk. 7.80
- Heft 55: Analyse der Suggestivphänomene und Theorie der Suggestion. Von Priv.-Doz. Dr. phil. et med. Alexander Herzberg in Berlin. Mk. 7.—
- Heft 56: Die diagnostische Bedeutung des Rossolimoschen Reflexes bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Eine klinisch-anatomische Studie. Von Dr. S. Goldflam in Warschau. Mk. 24.—
- Heft 57: Über Heilungsmechanismen in der Schizophrenie. Von Privat-Dozent Dr. Max Müller in Bern. Mk. 14.—
- Heft 58: Studien zur Psychologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse. Von Prof. Dr. Paul Schilder in Wien. Mk. 15.—
- Heft 59: Die Schädigungen des Nervensystems durch technische Elektrizität. Mit Bemerkungen über den Tod durch Elektrizität. Von Dr. Friedrich Panse in Berlin. Mk. 14.—
- Heft 60: Die organischen einschl. der exogenen Reaktionstypen. Entwurf einer psychiatrischen Syndromenlehre auf klinisch-biologischer Grundlage. Von Prof. Dr. H. Krisch in Greifswald. Mk. 13.20
- Heft 61: I. Internationale Tagung für angewandte Psychopathologie und Psychologie. Wien, 5.—7. Juni 1930. Mk. 17.60

Die Abonnenten der „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie“ erhalten diese Abhandlungen zu einem ermäßigten Preise.

